

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina Dentária



**O paciente com Autismo: a abordagem na
consulta de medicina dentária e a
importância da prevenção em saúde oral**

Tânia Alexandra Oliveira Lourenço Alpalhão e Silva

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2015

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina Dentária



**O paciente com Autismo: a abordagem na
consulta de medicina dentária e a
importância da prevenção em saúde oral**

Tânia Alexandra Oliveira Lourenço Alpalhão e Silva

Dissertação orientada pela
Professora Doutora Sónia Alexandra Mateus Flores Mendes
Borrvalho

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2015

Agradecimentos

Existem muitas pessoas que tornaram possível a realização deste trabalho, sem a ajuda das quais ele não seria possível, e a quem desejo manifestar o meu mais sincero agradecimento.

À Professora Doutora Sónia Alexandra Mateus Flores Mendes Borralho, docente da disciplina de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. Agradeço-lhe profundamente por todo o apoio, dedicação e disponibilidade dadas ao longo da elaboração deste trabalho. Admiro também todo o seu elevado rigor e saber científico, assim como a sua distinta capacidade de método e de organização, fundamentais para a elaboração desta dissertação

Ao Professor Doutor Mário Bernardo, Professor Catedrático e Presidente do Conselho Científico da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, e à Professora Doutora Luísa Barros, Professora Catedrática e Diretora da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, por terem ajudado na correção do questionário.

Ao professor Doutor Luís Pires Lopes, Diretor da Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa, por me ter autorizado a realizar o pré-teste do questionário nesta faculdade. A toda a equipa da Consulta de Pacientes Especiais da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, por me terem acolhido nessa mesma consulta e permitido realizar o pré-teste.

Ao Professor Doutor Edgar Gonçalves Pereira, Diretor Pedagógico da Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo de Lisboa, pela sua disponibilidade e autorização na aplicação do questionário nesta instituição.

À Doutora Carla Sofia Sequeira, Diretora dos Lares Residenciais da Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo de Lisboa, por me ter recebido e ajudado na distribuição e recolha dos questionários em papel neste Lar

Residencial e no Lar Residencial do Zambujal.

À Ana Luísa, aluna finalista do curso de Higiene Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, por me ter convidado a assistir à aplicação de métodos de higiene oral em pacientes institucionalizados com Autismo na Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo de Lisboa.

À Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação do Centro de Desenvolvimento Infantil Diferenças, pela sua paciência e disponibilidade em distribuir e recolher o questionário neste centro.

À Diretora da Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos inadaptados da Amadora, por ter recebido, distribuído e devolvido os questionários nesta cooperativa.

À Fátima Rodrigues, responsável pela Biblioteca da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, e a ao Sr. Seabr, por todo o apoio dado.

Um agradecimento especial a Ana Raquel Bentes, mãe de uma menina com autismo, cuja perseverança tem sido um motivo de admiração, e foi o ponto de partida para a realização deste trabalho.

Finalmente, à minha família, por todo o apoio e incentivo à realização desta dissertação. Um agradecimento especial à minha mãe, que apesar de já não estar entre nós, foi sempre a minha grande impulsionadora em todo o meu percurso académico. À minha tia por todo o carinho e apoio. Ao meu marido, pela sua presença constante, e aos meus filhos, pelo seu eterno carinho e ternura.

Resumo

O número de casos diagnosticados com Perturbação de Espectro de Autismo (PEA) é cada vez maior, e, na população portuguesa, não se conhecem estudos sobre a saúde oral deste grupo de pacientes.

Os objetivos deste trabalho são: a) Conhecer os comportamentos relacionados com as visitas ao profissional de saúde oral dos pacientes com PEA e os “obstáculos” relacionados com a consulta de medicina dentária; b) Estudar os comportamentos relacionados com a higiene oral e hábitos alimentares destes pacientes; c) Descrever, com base na revisão da literatura, um protocolo de atuação para profissionais de saúde oral no atendimento de pacientes com PEA.

Foi aplicado um questionário a 45 pais/educadores de pacientes com PEA do distrito de Lisboa. Para a descrição do protocolo foi efetuada uma pesquisa bibliográfica realizada na *PubMed*, na *BookFi.org* e na *biblioteca on-line*.

Relativamente aos cuidados com a saúde oral destes pacientes, foi referido pelos participantes que 47,4% dos indivíduos colaborava nos tratamentos dentários realizados, e que 62,8% visitavam o profissional de saúde oral regularmente, mesmo sem queixas. A primeira consulta a um profissional de saúde oral foi realizada antes dos três anos de idade em apenas 13,7% dos indivíduos com PEA. No que diz respeito aos comportamentos relacionados com a saúde oral, verificou-se que a escovagem dentária diária era realizada por 77,8% dos indivíduos. Apesar da ingestão de alimentos cariogénicos ser rara em 58,2% dos casos, verificou-se que 55,8% desta ingestão se fazia entre as refeições.

Nos pacientes com PEA é bastante importante a atuação precoce de modo a investir na prevenção e no diagnóstico precoce das doenças orais, e na implementação das rotinas saudáveis desde cedo, sendo de primordial importância instruir os principais cuidadores destes pacientes sobre os cuidados a ter com a saúde oral, de modo a evitar tratamentos dentários mais complexos e dispendiosos.

Abstract

The number of cases diagnosticated with Autism Spectrum Disorder is increasing, and about the Portuguese population, there are not known studies on the oral health of this group of patients.

The aims of this work are: a) Know the behavior related to visits to oral health professionals and the obstacles relative to the consultation of dental medicine of the patients with Autism Spectrum Disorder; b) Study behaviors related to oral hygiene and dietary habits of the patients with Autism Spectrum Disorder; c) Describe, based on literature revision, an protocol with guidelines for oral health professionals in caring autism spectrum disorder patients.

A questionnaire was applied to 45 Autism Spectrum Disorder patients' parents / educators in Lisbon district. To the description of the protocol was made a bibliographic research in *PubMed*, in *BookFi.org* and in *biblioteca on-line*.

With regard to oral health care of these patients, was answered that 47% of individuals collaborated in dental treatments and 62,8% of them visited the oral health professional regularly, even without complaints. Only 13,7% of the Autism Spectrum Disorder patients visited an oral health professional before 3 years old. Concerning behaviors related to oral health, it was verified that 77,8% of the individuals performed dental brushing twice a day. Although cariogenic food intake is rare in 58,2% of the cases, it was verified that 55,8% of that intake occurred between meals.

It is very important an early action in the Autism Spectrum Disorder patients in order to prevent and make early oral diseases' diagnosis and to implement healthy routines, and it is of primary importance to educate this patients' primary care providers about the care of the oral health in order to avoid dental treatments more complex and costly.

Palavras-chave

Autismo

Saúde oral

Cuidados dentários

Métodos

Prevenção

Keywords

Autism

Dental care

Oral health

Methodology

Prevention

Índice

Agradecimentos	v
Resumo	vii
Palavras chave	ix
I. Introdução	1
1. Perturbação do Espetro de Autismo	1
2. Manifestações clínicas da Perturbação do Espetro de Autismo	2
3. Etiologia da Perturbação do Espetro de Autismo	3
4. Diagnóstico da Perturbação do Espetro de Autismo	4
5. Alguns dados epidemiológicos da Perturbação do Espetro de Autismo	4
6. A saúde oral no paciente com Perturbação de Espetro de Autismo	5
6.1. Alguns dados epidemiológicos sobre saúde oral em pacientes com Perturbação de Espetro de Autismo	5
6.1.1. Saúde oral	5
6.1.2. Comportamentos associados à saúde oral	6
6.2. Comportamento dos pacientes com Perturbação do Espetro de Autismo nas consultas de medicina dentária	7
II. Objetivos	8
III. Materias e métodos	9
1 Comportamentos relacionados com a saúde oral e principais obstáculos/barreiras no acesso aos cuidados de saúde oral	9
1.1 Construção e estrutura do questionário	9
1.2. Aplicação e recolha dos questionários	10
1.3. Análise de dados	11
2. Descrição de um protocolo para os profissionais de saúde oral no atendimento de pacientes com Perturbação de Espetro de Autismo	11
IV. Resultados	12
1. Caracterização da amostra	13
2. Comportamentos relacionados com os cuidados profissionais de saúde oral e "obstáculos" relacionados com estes cuidados	14
3. Comportamentos relacionados com a higiene oral do paciente com Perturbação do Espetro de Autismo	15
4. Comportamentos relacionados com os hábitos alimentares do paciente com Perturbação do Espetro de Autismo	16
V. Protocolo de atuação para profissionais de saúde oral no atendimento de	17

pacientes com Perturbação do Espectro de Autismo

1. A primeira consulta ao profissional de saúde oral	17
2. O planeamento de estratégias de modulação de comportamentos na consulta de medicina dentária do paciente com Perturbação do Espectro de Autismo	18
3. A importância da prevenção em saúde oral: a implementação de hábitos de higiene oral e alimentares	21
VI. Discussão	24
1. Características da amostra	24
2. Comportamentos relacionados com o profissional de saúde oral e “obstáculos” relacionados com a consulta de medicina dentária	24
3. Comportamentos relacionados com a higiene oral	26
4. Comportamentos relacionados com os hábitos alimentares do paciente com Perturbação do Espectro de Autismo	27
VII. Conclusões e considerações finais	28
Referências bibliográficas	30
VIII. Apêndices	36
Apêndice I – Índice de Tabelas e Figuras	37
Apêndice II – Lista de Abreviaturas	38
Apêndice III – Critérios de diagnóstico das Perturbação do Espectro de Autismo segundo a 5ª edição do Manual de Estatística e Diagnóstico das Doenças Mentais	39
Apêndice IV – Níveis de gravidade das Perturbação do Espectro de Autismo segundo a 5ª edição do Manual de Estatística e Diagnóstico das Doenças Mentais	40
Apêndice V – Questionário do estudo	41
Apêndice VI – Pedido de autorização às direções das instituições	47

I. Introdução

Atualmente o autismo compreende um conceito abrangente e complexo de incapacidades que se pode expressar de várias formas, sendo denominado por Perturbação do Espectro de Autismo (PEA) (Miles *et al*, 2003; APA, 2015; Pereira, 2005). É importante que os profissionais de saúde estejam familiarizados com esta doença pois o paciente com PEA, pelas suas características de comportamento, poderá tornar-se um paciente particularmente difícil para os profissionais de saúde, no que diz respeito à colaboração nos tratamentos. Os tratamentos na área de medicina dentária, que por si só, é uma especialidade que cria alguma ansiedade aos pacientes, estando associada a traumas e fobias, poderão ser um desafio ainda maior quando se trata de um paciente com PEA.

1. Perturbação do Espectro de Autismo

A palavra “*autismos*” deriva da palavra grega “*autos*” que quer dizer “próprio”. Este termo foi utilizado pela primeira vez em 1919 pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler para descrever alguns sintomas da esquizofrenia, nomeadamente um isolamento marcado em alguns pacientes (Pereira, 2005; Gallo, 2010).

Os pacientes com PEA são definidos como tendo uma alteração patológica mental, na qual se verifica um alheamento da realidade exterior e uma tendência para uma introspeção permanente. Estes indivíduos isolam-se do resto do mundo, não mostram interesse em comunicar e parecem sempre distantes em relação ao que lhes é dito (Beyer, 1988; Cohen, 2006). Esta alteração tem origem na infância e permanece durante toda a vida.

O conceito de Espectro do Autismo surgiu pela primeira vez em 1979. L. Wing fez um estudo em que envolveu 132 crianças no sul de Londres, e no qual observou que a “perturbação autística” se poderia manifestar através de uma combinação de sintomas, com maior ou menor gravidade (Pereira, 2005). Assim, atualmente o termo mais corretamente utilizado é “ Perturbações do Espectro de Autismo” (PEA).

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria, as PEA são um síndrome neuro-comportamental com origem no sistema nervoso central que afeta o normal

desenvolvimento da criança. Os sintomas ocorrem nos primeiros três anos de vida e incluem três grandes domínios de perturbação: social, comportamental e comunicacional (APA, 2015).

2. Manifestações clínicas da Perturbação do Espectro de Autismo

Antes dos três anos de idade as crianças com PEA já apresentam algumas manifestações. Não gostam de ser abraçadas ou agarradas, muitas vezes são difíceis de serem consoladas, ficando mais calmas quando se deixam sozinhas. Evitam ou são incapazes de realizar contacto visual ou de fixar um ponto no espaço. Durante o primeiro ano de vida podem ser notados problemas de sono e sensoriais. Apesar de existirem alguns sinais de aparecimento precoce, somente depois do segundo ano de vida, quando os atrasos de linguagem são notórios, é que se tornam um sinal de alerta médico (Miles *et al.*, 2003).

As PEA são definidas com base em três áreas: dificuldades nas relações sociais, dificuldades na comunicação e problemas comportamentais.

Relativamente às dificuldades nas relações sociais, os pacientes com PEA não demonstram habilidade para perceberem os sentimentos dos outros, ignorando-os e evitando o contacto visual. Gostam de brincar sozinhos, não conseguem consolar os outros e não partilham os seus interesses e gostos (como por exemplo, os brinquedos). Verifica-se falta de espontaneidade no jogo do faz de conta. Os brinquedos encontram-se alinhados ou classificados, mas não são utilizados para jogos imaginativos ou de imitação. Não conseguem desenvolver amizades com os seus pares ou irmãos. Na escola ficam a observar as outras crianças a brincar. Têm pouca iniciativa social e falta de sensibilidade para estabelecer uma relação de amizade.

As dificuldades na comunicação incluem incapacidade em desenvolver comunicação recíproca por gestos, fala ou expressões faciais, dificuldade em olhar nos olhos e em apontar para os objetos. Têm dificuldades em ficar concentrados e prestar atenção. Quando aprendem a falar, têm um discurso estereotipado que pode envolver ecolália, inversão do pronome e entoações não normais. Têm dificuldades práticas em manter uma conversa e dialogar (Miles *et al.*, 2003).

Os problemas comportamentais podem manifestar-se como comportamentos

repetidos e estereotipados. Estes movimentos, que podem durar horas, parecem ter um efeito de relaxamento pois normalmente aparecem em alturas de stress. Esta repetitividade é refletida de uma maneira rígida todos os dias e alguns indivíduos criam rituais de tal forma que a ordem dos acontecimentos, as palavras exatas e a maneira de dispor os objetos, tem de ser cumprida.

Existem outros sintomas que ocorrem numa grande percentagem de indivíduos com PEA nomeadamente hiper ou hipo-sensibilidade ao som e ao toque, comportamentos estranhos em relação à comida e à sua apresentação (Friedlander *et al.*, 2006), têm deficiências em vitaminas e minerais e não conseguem digerir a caseína e o glúten (Exkorn, 2005; Catassi *et al.*, 2013), mais tendência a ter alergias alimentares, níveis mais elevados de leveduras, e problemas gastrointestinais (Exkorn, 2005), ciclos de sono anormais, comportamentos autoagressivos e ataques de raiva – despoletados quando as rotinas são alteradas (por exemplo um toque ofensivo, ou quando se pede para fazerem algo que não querem). Pode-se também verificar desenvolvimento motor debilitado como andar na ponta dos pés, hipotonia, descoordenação geral, ou incapacidade de andar de bicicleta. Está também descrito que uma em cada quatro crianças com PEA tem convulsões, podendo o seu aparecimento ser muito precoce ou ocorrer durante a adolescência (NICHD, 2002; FPDA, 2015).

3. Etiologia das Perturbações do Espectro de Autismo

Até aos anos setenta acreditava-se que os fatores psicológicos eram determinantes para se desenvolver PEA. Defendia-se que a criança nascia sem alterações e devido a uma deficiente relação afetiva dos pais com a criança, principalmente com a mãe, é que surgia a PEA (Pereira, 1996; NICHD, 2002; Oliveira, 2005). Estas teorias tiveram efeitos avassaladores para muitos pais e foram muito criticadas e abandonadas por não existirem dados que as comprovassem.

Atualmente acredita-se numa origem orgânica sendo a PEA considerada uma desordem do neurodesenvolvimento (NICHD, 2002; APA, 2015). Estudos em gémeos e em familiares indicam uma forte evidência para uma causa genética das PEA. Pensa-se que em 90% dos casos é hereditário, no entanto apenas se conseguem identificar causas genéticas em 20% a 25% dos casos (Afonso, 2011; Boccuto *et al.*, 2013). A um pequeno número de casos a causa é atribuída a exposições a elementos teratogénicos durante a

gravidez, sendo que os restantes 75% a 80% resultam de causas desconhecidas (Miles *et al.*, 2010).

4. Diagnóstico da Perturbação do Espectro de Autismo

São dois os sistemas internacionais de diagnóstico de referência que os especialistas utilizam para a avaliação da PEA. Um deles baseia-se nos critérios da Associação Americana de Psiquiatria (AAP) e encontram-se descritos no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Five Edition* (DSM-V), publicado em 2013; o outro baseia-se nos critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) descritos no *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10ª edição (ICD-10) (Apêndice III e IV), publicado em 1992.

Quanto mais precoce for o diagnóstico, mais cedo se pode atuar de forma adequada, sendo assim maior a possibilidade de estas crianças virem a ter uma vida produtiva e o mais funcional possível. O diagnóstico precoce é importante a todos os níveis da doença: linguagem, interação social e comportamento, estendendo-se também para a área da saúde oral, pois quanto mais cedo se introduzirem os hábitos e rotinas corretos, maior é a probabilidade de a criança não ter problemas nem complicações a nível dentário.

No DSM-V a PEA está inserida no grupo das Perturbações de Neurodesenvolvimento e é definida como uma perturbação em que existem défices persistentes na comunicação e interações sociais, padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades. Estes sintomas têm de se manifestar no início do período de desenvolvimento, podendo não se revelar completamente se as solicitações sociais não o exigirem, ou podendo ser mascarados mais tarde por utilização de estratégias aprendidas. Estes sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento atual (APA, 2015).

5. Alguns dados epidemiológicos da Perturbação do Espectro de Autismo

Em 1987, no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Third Edition, Text Revision* (DSM-III-TR), a prevalência da perturbação autística era de 4 a 5

crianças em 10.000. Em 2000, no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)* a taxa média era de 5 casos por 10.000, variando de 2 a 20 casos por 10.000 (Gallo, 2010).

Num estudo realizado em 2012 por Elsabbagh e colaboradores, no qual foi feita uma revisão bibliográfica sobre a epidemiologia da desordem autista e das PEA do mundo inteiro (Europa, Pacífico Ocidental, Sudeste da Ásia, Mediterrâneo Oriental, América e África) concluiu-se que a maioria dos estudos conduzidos desde o ano 2000 convergia para uma média de 17 casos em 10 000 para a desordem autística, e de 62 para 10 000 para as PEA (Elsabbagh *et al.*, 2012).

As PEA parece manifestar-se independentemente da raça, cultura, educação ou classe social dos indivíduos (Soares, 2006), embora existam poucos estudos sobre o impacto dos fatores geográficos, económicos, sociais e culturais na compreensão, expressão e acompanhamento das PEA (Elsabbagh *et al.*, 2012). Tem sido sugerido que a educação dos pais pode determinar a procura de ajuda para as PEA, pois os casos mais graves são normalmente identificados nas comunidades mais carenciadas (Elsabbagh *et al.*, 2012).

Os indivíduos do sexo masculino são 4 vezes mais afetados do que os do sexo feminino, no entanto o sexo feminino exhibe formas mais graves de atraso mental. (Klein *et al.*, 1998; Miles *et al.*, 2010; Mottron *et al.*, 2015).

6. A saúde oral no paciente com Perturbação do Espectro de Autismo

6.1. Alguns dados epidemiológicos sobre a saúde oral em pacientes com Perturbação do Espectro de Autismo

6.1.1. Saúde Oral

Existem poucos estudos que descrevam a saúde oral e as necessidades de intervenções dentárias dos pacientes com PEA (Jaber *et al.*, 2011). Dos estudos existentes alguns referem que não existem diferenças estatisticamente significativas na prevalência de cáries e na doença periodontal entre pacientes com PEA comparativamente a indivíduos sem PEA (Kopycka-Kedzierawski *et al.*, 2008). Outros indicam que a incidência de cáries é menor nos indivíduos com PEA (Namal *et al.*,

2007; Loo *et al.*, 2008; Orellana *et al.*, 2012). Por outro lado, outros autores encontraram uma susceptibilidade aumentada para as cáries nos pacientes com autismo (Jaber, 2011; Al-Maweri *et al.*, 2014), uma necessidade maior de realizar tratamentos dentários (Jaber, 2011), e maior prevalência de gengivite e de lesões nos tecidos moles (Al-Maweri *et al.*, 2014).

Em 70% dos indivíduos com PEA existem comportamentos auto-mutilantes que podem provocar feridas, 75% das quais localizadas na cabeça, no pescoço e na cavidade oral (Medina *et al.*, 2003).

Podem existir sinais de erosão dentária pois em alguns indivíduos existe regurgitação de comida e do conteúdo ácido do estômago (doença de refluxo gastro-esofágico). Em 20% a 25% dos indivíduos existe bruxismo noturno (Friedlander *et al.*, 2006).

É diagnosticado com maior frequência mordida aberta anterior e apinhamento dentário em adultos com PEA comparativamente com indivíduos normais (Orellana *et al.*, 2012). Os ortodontistas também avaliam mais classes II, classes III, mordidas abertas e a existência de espaços nos pacientes com PEA (Luppanapornlarp *et al.*, 2010).

6.1.2. Comportamentos associados à Saúde Oral

No que respeita à higiene oral, alguns estudos tendem a verificar uma higiene oral pior nos indivíduos com PEA comparativamente com indivíduos sem PEA (Jaber, 2011; Orellana *et al.*, 2012). Por outro lado, num estudo feito por Altun e colaboradores na Turquia, em 2010, revelou que as crianças e jovens com PEA numa escola especial de indivíduos com necessidades especiais mantêm uma higiene oral melhor que os indivíduos com outras dificuldades, tais como o Síndrome de Down e Atraso Mental, entre outras. (Altun *et al.*, 2010). Uma vez que em muitos casos o paciente com PEA tem dificuldades motoras, é necessário avaliar a capacidade do paciente com PEA em utilizar a escova dentária (Friedlander *et al.*, 2006).

Relativamente aos hábitos alimentares, num estudo realizado por Screck e colaboradores em 2006, as comidas preferidas por mais de metade das 138 crianças com PEA envolvidas neste estudo, são comidas com um alto teor em açúcar, tais como bolos, biscoitos, pizza, pão branco, gelados e batatas fritas. (Sreck *et al.*, 2006). Tal enfatiza a

importância de se incentivar uma dieta pobre em hidratos de carbono, e evitar o consumo deste tipo de alimentos entre as refeições. Por outro lado é importante que se habituem aos vários sabores desde cedo pois, como existe para uma preferência pelas rotinas, se se habituam ao sabor doce, querem experimentar mais comidas com este sabor (sendo conhecidas como “supertasters”), rejeitando outros sabores e sendo normalmente muito exigentes com a comida, podendo estar um dia ou mais sem comer se não lhes for dado o alimento pretendido (Gallo, 2010). Podem rejeitar a comida por terem uma sensibilidade extrema aos sabores amargos, por não lhes agradar a apresentação da comida, por terem necessidade utilizar utensílios próprios, ou por problemas motores orais. (Schreck *et.al.*, 2006).

6.2. Comportamento dos pacientes com Perturbação do Espectro de Autismo nas consultas de medicina dentária

Os pacientes com PEA demonstram uma grande diversidade na sua capacidade de colaboração nas consultas de medicina dentária. Tal pode ser justificado por vários fatores.

Os problemas de comunicação e de interação social associados à própria doença dificultam a relação médico/paciente. Os pacientes com PEA não conseguem compreender nem criar expectativas em relação à finalidade e à duração dos tratamentos. Possuem pouca tolerância para avaliações médicas, a sua capacidade de concentração é reduzida, e têm dificuldade em dizer quando existe desconforto (Friedlander *et al.*, 2006; Loo *et al.*, 2008; Marshall *et al.*, 2008).

Por outro lado o tônus muscular fraco e a coordenação muscular pobre, conduzem a uma abertura da boca limitada e muitas vezes insuficiente para a correta realização dos tratamentos dentários pretendidos. Adicionalmente as respostas aos estímulos sensoriais (dor, toque, visão, audição, olfato) são imprevisíveis. A resposta à dor encontra-se alterada e os pacientes com PEA tanto podem ser insensíveis à dor, como reagir exageradamente a um toque ligeiro. Portanto pode existir hipersensibilidade tátil, visual e aos odores o que pode gerar reações exageradas ao toque, à luz e aos cheiros. Devem também evitar-se movimentos que distraiam os pacientes com PEA por possuírem uma visão lateral apurada (Miles *et al.*, 2003;

Friedlander *et al.*, 2006; Marshall *et al.*, 2008).

Associada à disfunção cognitiva, a agressão ou outros sintomas psiquiátricos podem impedir a realização dos tratamentos dentários (Loo *et al.*, 2008; Marshall *et al.*, 2008).

Em relação à ansiedade associada à realização de tratamentos dentários, num estudo feito por Blomqvist e colaboradores em 2014 na Suécia em pacientes adultos com PEA, concluiu-se que a ansiedade relacionada com tratamentos dentários é maior em pacientes com PEA quando comparada com outros pacientes, pois os pacientes com PEA têm mais experiências dentárias associadas à dor e são mais vezes forçados a tratamentos dentários para os quais não estavam preparados (Blomqvist *et al.*, 2014).

Não existindo colaboração é necessário avançar-se para outros métodos para se conseguirem realizar os tratamentos dentários. A sedação consciente ou anestesia geral são técnicas possíveis, existindo outros métodos menos invasivos que se podem tentar aplicar antes de se avançar para decisões que podem ter mais riscos e são mais complexas.

II. Objetivos

Na população portuguesa não se conhecem estudos sobre a saúde oral em pacientes com Perturbações do Espectro do Autismo (PEA). Assim, pretende-se com esta dissertação contribuir para o conhecimento da saúde oral deste grupo de indivíduos.

Os objetivos específicos deste trabalho são:

1. Conhecer os comportamentos relacionados com as visitas ao profissional de saúde oral dos pacientes com PEA e os “obstáculos” relacionados com a consulta de medicina dentária.
2. Estudar os comportamentos relacionados com a higiene oral e hábitos alimentares dos pacientes com PEA.
3. Descrever, com base numa revisão da literatura, um protocolo de atuação, para profissionais de saúde oral, no atendimento de pacientes com PEA.

III. Materiais e métodos

1. Comportamentos relacionados com a saúde oral e principais obstáculos/barreiras no acesso aos cuidados de saúde oral

Para conhecer os comportamentos relacionados com a saúde oral dos pacientes com PEA e perceber quais são as maiores dificuldades/obstáculos no acesso a aos cuidados de saúde oral neste grupo de pacientes, foi realizado um estudo descritivo e transversal .

A recolha de dados foi realizada através de um questionário (Apêndice V).

1.1 Construção e estrutura do questionário

A construção do questionário foi efetuada com base numa revisão da literatura (Friedlander *et al.*, 2006 ; Namal *et al.*, 2007; Kopyck-Kedzierawskiet *et al.*, 2008; Loo *et al.*, 2008; Borralho, 2014 ; Chang *et al.*, 2014).

O questionário foi submetido a uma avaliação por um painel de peritos investigadores com experiência em investigação por questionário. O painel foi constituído por um médico dentista e por uma psicóloga. Após esta avaliação foi realizado um pré-teste ao questionário, de modo a verificar o tempo de resposta e a clareza das perguntas. O pré-teste foi aplicado a pacientes da Consulta de Pacientes Especiais da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa e num consultório privado da região de Lisboa. Neste pré-teste o questionário foi respondido por cinco pais/responsáveis por pacientes com PEA.

A estrutura final do questionário é apresentada na Tabela 1. O questionário inclui vinte e sete perguntas, podendo ser dividido em quatro secções principais: informação geral, informação sobre os cuidados profissionais de saúde oral, informação sobre higiene oral e informação sobre alimentação.

As questões utilizadas foram, na sua maioria, de resposta múltipla com uma única hipótese de resposta. Quando existia a possibilidade de incluir mais do que uma hipótese de resposta, tal era informado de uma forma bem explícita.

Tabela 1: Questionário sobre saúde oral dos pacientes com Perturbação do Espectro de Autismo.

Tema	Informação pesquisada
Informação geral	Grau de parentesco Concelho de residência Instituição que frequenta Institucionalização Grau de dependência Idade Sexo
Informação sobre os cuidados profissionais de saúde oral	Classificação da saúde oral Assiduidade de visita ao higienista Assiduidade de visita ao dentista Idade da primeira visita ao higienista Idade da primeira visita ao dentista Frequência de visita ao dentista/higienista Razão principal da visita ao dentista Comportamento no dentista Necessidade de realizar sedação/anestesia geral Dificuldades de acesso à consulta de medicina dentária Informação sobre saúde oral
Hábitos de higiene oral	Frequência de escovagem Momento do dia em que é realizada a escovagem Idade de início da escovagem Utilização do fio dentário Dificuldades na realização da escovagem
Hábitos alimentares	Ingestão de alimentos/bebidas açucaradas Momento do dia em que ingere alimentos/bebidas açucaradas Tipo de alimentos ingeridos entre as principais refeições

1.2. Aplicação e recolha dos questionários

O questionário foi aplicado aos pais/responsáveis de pacientes com PEA, entre abril e junho de 2015. A sua distribuição e apresentação incluiu duas formas: uma em versão de papel, para ser preenchido manualmente; e outra em versão “on-line”, construída no processador de formulários do Google.

As instituições que colaboraram na divulgação e distribuição do questionário foram: a Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo de Lisboa (APPDA – Lisboa) e de Setúbal (APPDA-Setúbal), o Lar do Zambujal (Lar Residencial que acolhe adultos com perturbações de desenvolvimento e autismo), o Centro de Desenvolvimento Infantil para as Perturbações de Desenvolvimento “Diferenças”, e a Cooperativa de Educação e Reabilitação dos Cidadãos Inadaptados da Amadora (CERCIAMA), o Centro de Desenvolvimento PIN- Progresso Infantil, a Associação Vencer Autismo e a Cooperativa para Educação e Reabilitação de Crianças

Inadaptadas de Sesimbra (Cercizimbra Crl). Foi enviado em papel e/ou por e-mail um pedido de autorização à direção das respetivas instituições para a realização do questionário (Apêndice VI).

A recolha dos questionários em papel foi efetuada presencialmente pela autora do estudo ou enviados pela própria instituição via correio ou correio eletrónico.

1.3. Análise de dados

A análise de dados foi realizada no programa SPSS, sendo realizada a análise descritiva de todas as variáveis (frequências relativas e absolutas).

2. Descrição de um protocolo para os profissionais de saúde oral no atendimento de pacientes com Perturbação do Espectro de Autismo

Foi efetuada uma pesquisa bibliográfica realizada na *PubMed*, na *BookFi.org* e na *biblioteca on-line*. As palavras-chave utilizadas nesta pesquisa foram *oral health, autism, dental care, methodology*.

Com base em vários artigos encontrados (Yepes *et al.*, 1999; Rogers *et al.*, 2003; Pilebro *et al.*, 2005; Keselyak *et al.*, 2007; Marshall *et al.*, 2008; Chay *et al.*, 2014; Orellana *et al.*, 2014) foi descrito um protocolo de atuação, com vista a facilitar a abordagem na consulta de saúde oral destes pacientes especiais.

IV. Resultados

1. Caraterização da amostra

Tabela 4.1 – Caracterização da amostra do estudo

Variável	% (n)	A amostra foi constituída por
Tipo de resposta (n=45)		45 indivíduos, dos quais 48,9%
Papel	48,9 (22)	responderam ao questionário na
Internet	51,1 (23)	forma de papel e os restantes 51,1%
Instituição que frequenta (n=39)		por via informática. A amostra
APPDA (Alto da Ajuda)	43,6 (17)	pertencia ao concelho de Lisboa.
Lar Zambujal (Cascais)	20,5 (8)	Relativamente ao grau de parentesco
Diferenças (Restelo)	28,2 (11)	de quem preencheu o questionário,
CerciAma (Amadora)	7,7 (3)	verificou-se que a maior parte foi
Quem respondeu (n=45)		respondida pelos pais (73,3%),
Mãe	62,2 (28)	seguinte-se pela educadora (22,3%),
Pai	4,4 (2)	e por fim os irmãos (4,4%). No que
Mãe/Pai	6,7 (3)	se refere à institucionalização 31,1%
Educadora	22,3 (10)	dos indivíduos com PEA estavam
Irmão/ Irmã	4,4 (2)	institucionalizados, mas a maioria
Institucionalizado (n=45)		habitava com os pais (66,7%). Em
Sim	31,1 (14)	relação ao grau de dependência, a
Não	66,7 (30)	grande maioria (82,2%) foi referida
Misto	2,2 (1)	como dependente ou pouco
Grau de dependência (n=45)		dependente. A média de idades dos
Muito dependente	15,6 (7)	pacientes com PEA foi de 22,9 ±
Dependente	57,8 (26)	16,56, com um mínimo de um e o
Pouco dependente	24,4 (11)	máximo de 50 anos, sendo que
Nada dependente	2,2 (1)	59,9% tinham menos de 19 anos de
Idade (n=45)		
0-9 anos	22,2 (10)	
10-19 anos	37,8 (17)	
20-29 anos	4,4 (2)	
30-39 anos	6,7 (3)	
40-49 anos	26,7 (12)	
50-59 anos	2,2 (1)	
>60 anos	0 (0)	
Sexo (n=45)		
Feminino	15,6(7)	
Masculino	84,4(38)	

idade. No que respeita ao sexo, 84,4% eram do sexo masculino.

2. Comportamentos relacionados com os cuidados profissionais de saúde oral e "obstáculos" relacionados com estes cuidados

Tabela 4.2 – Comportamentos do paciente com Perturbação do Espectro de Autismo relacionados com a visita ao profissional de saúde oral e obstáculos relacionados com a consulta de medicina dentária

Variável	% (n)
Classificação da saúde oral (n=44)	
Muito boa	15,9 (7)
Boa	38,6(17)
Razoável	38,6(17)
Má	6,8 (3)
Visita ao higienista oral (n=44)	
Sim	72,7 (32)
Não	27,3 (12)
Visita ao médico dentista (n=44)	
Sim	79,5 (35)
Não	20,5 (9)
Idade da primeira visita ao higienista oral(n=44)	
Nunca	20,5 (9)
Até ao 3 anos	4,5(2)
Entre os 3 e os 6 anos	18,2 (8)
Depois dos 6 anos	38,6(17)
Não me lembro	18,2(8)
Idade da primeira visita ao médico dentista (n=44)	
Nunca	11,4 (5)
Até aos 3 anos	13,7(6)
Entre os 3 e os 6 anos	22,7(10)
Depois dos 6 anos	34,1(15)
Não me lembro	18,2 (8)
Frequência das consultas de medicina dentária/higiene oral (n=43)	
Nunca	20,9 (9)
Regularmente, mesmo sem queixas	62,8 (27)
Só quando existem queixas	16,3 (7)
Comportamento no médico dentista (n=38)	
Colabora muito bem	28,95 (11)
Não colabora , mas consegue tratar	18,42 (7)
Não colabora e não consegue tratar	23,68 (9)
Depende dos tratamentos	28,95(11)
Dificuldades no acesso à consulta (n=43)	
Sim	37,2 (16)
Não	62,8 (27)
Motivo da dificuldade (n=16)	
Difículdade em encontrar profissional	12,5(2)
Preço (caro)	12,5 (2)
Desconhecido	75(12)
Sedação/ Anestesia Geral (n=43)	
Nunca	41,9 (18)
Sim, sedação consciente	27,9 (12)
Sim, anestesia geral	30,2 (13)
Informações cuidados de saúde oral (n=44)	
Não	20,5 (9)
Sim	79,5 (35)
Fonte de informação sobre saúde oral (n=43)	
Médico Assistente	11,6 (5)
Escola/Instituição	11,6 (5)
Higienista oral	32,5 (14)
Médico Dentista	44,1 (19)
Folheto	6,9 (3)

A grande maioria dos inquiridos (77,2%) considerou a higiene oral do paciente com PEA boa ou razoável (77,2%), chegando 15,9% dos inquiridos a considerá-la muito boa (15,9%). Cerca de três quartos (72,7%) dos indivíduos já tinham visitado o higienista oral (72,7%) ou o médico dentista (79,5%). Verificou-se que 38,6% dos pacientes com PEA foi depois dos 6 anos de idade à sua primeira consulta ao higienista oral e, em 34,1% dos casos, ao médico dentista.

No que diz respeito à frequência da visita aos profissionais de saúde oral, verificou-se a grande maioria foi mesmo sem queixas .

Relativamente ao comportamento dos pacientes com PEA na consulta de medicina dentária, 23,68% não colaboraram, sendo a percentagem de pacientes que colaboraram bem maior (47,37%).

A maioria dos inquiridos (62,8%) não revelou dificuldade em conseguir uma consulta de medicina dentária direcionada para os pacientes com PEA. Os motivos apontados para os inquiridos que referiram dificuldades no acesso a essa consulta foram o preço elevado (12,5%) e a dificuldade em encontrar um profissional especializado (12,5%).

No que respeita à necessidade de realizar sedação e/ou anestesia geral para efetuar tratamentos dentários, em 27,9% dos participantes no estudo foi necessária sedação consciente e em 30,2 anestesia geral.

Cerca de 79,5% dos pais ou responsáveis pelos pacientes com PEA mencionou ter recebido informação sobre saúde oral, sendo a principal origem desta informação facultada pelo médico dentista (44,1%) ou pelo higienista oral (32,5%) (Tabela 4.2).

O principal motivo da última visita ao médico dentista foi, em muitos casos, para realizar procedimentos de rotina e de prevenção (56,7%), seguindo-se os tratamentos dentários (29,7%) e ,por fim, as situações de urgência (dores de dente e/ou abscesso) (13%) (Figura 4.1).

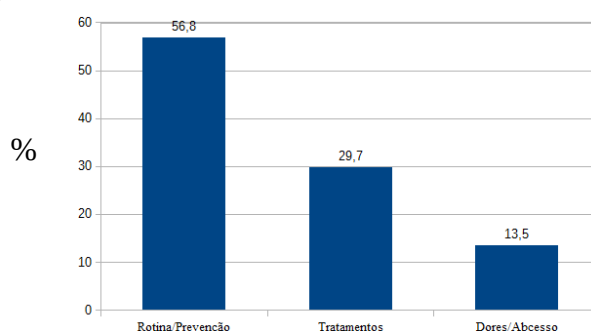


Figura 4.1: Principal motivo da última visita ao médico dentista dos pacientes com PEA (n=37).

3. Comportamentos relacionados com a higiene oral do paciente com Perturbação do Espectro de Autismo

A maioria dos participantes do estudo (77,8%) referiu que a escovagem dentária ao paciente com PEA era realizada duas ou mais vezes por dia (Figura 4.2), sendo o momento do dia mais frequente desta escovagem à noite, antes de ir dormir (46,5%), de manhã, antes do pequeno almoço (39,5%) e à noite, depois do jantar (34,8%;) (Figura 4.3).

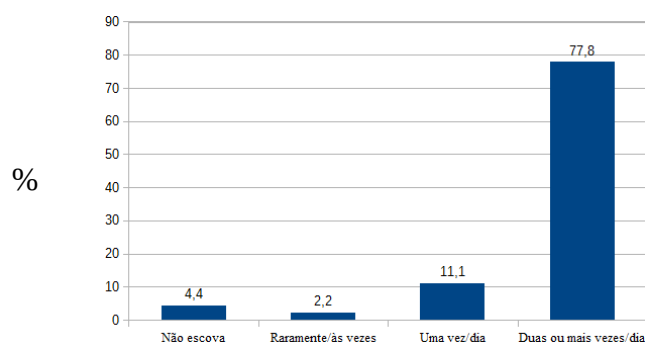


Figura 4.2: Frequência da escovagem dos dentes dos pacientes com PEA (n=43).

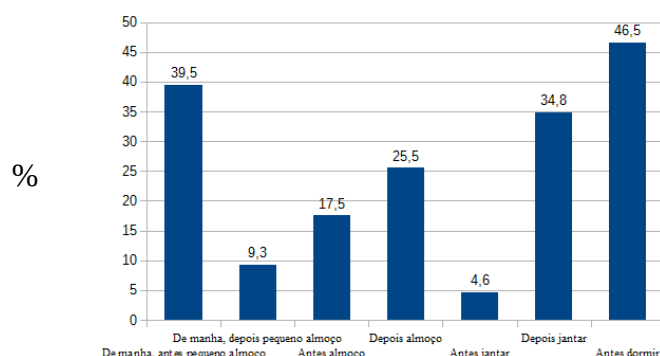


Figura 4.3: Momento do dia da realização da escovagem dos dentes (n=43).

Tabela 4.3– Comportamentos relacionados com a higiene oral do paciente com PEA

Variável	% (n)
Idade de início da escovagem (n=41)	
Quando começou a ter dentes	24,4 (10)
No 1º ano de vida	14,6 (6)
Entre o 1º e 2º ano	17,1 (7)
Entre o 2º e o 3º ano	21,9 (9)
Depois dos 3 anos	12,2 (5)
Não me lembro	4,9 (2)
Não escova	4,9 (2)
Utilização do fio dentário (n=43)	
Sim	9,3 (4)
Não	90,7 (39)
Ajuda para realizar a higiene oral (n=43)	
Nunca	2,3 (1)
Só à noite	9,3 (4)
Às vezes	27,9 (12)
Sempre	58,2 (25)
Não escova	2,3 (1)
Dificuldades na realização da higiene oral (n=42)	
Sim	35,7 (15)
Não	64,3 (27)

A idade do início da escovagem dentária foi feita em 24,4% dos indivíduos com o aparecimento dos primeiros dentes decíduos (Tabela 4.3).

O fio dentário foi referido como utilizado por uma minoria dos indivíduos (9,3%), ao contrário da ajuda diária na escovagem dentária que foi referida pela maioria dos participantes do estudo (58,2 %). Cerca de 35,7 % dos

participantes referiram dificuldade em realizar a higiene oral aos pacientes com PEA (Tabela 4.3).

4. Comportamentos relacionados com os hábitos alimentares do paciente com Perturbação do Espectro de Autismo

A ingestão de alimentos cariogénicos foi referida como rara em 58,2% dos casos. No entanto o consumo deste tipo de alimentos foi referido como sendo efetuado com mais frequência entre as refeições (44,2%) (Tabela 4.4).

Tabela 4.4– Comportamentos relacionados com a ingestão de alimentos cariogénicos

Variável	% (n)
Ingestão de alimentos/bebidas açucaradas(n=43)	
Nunca	7,0 (3)
Raramente	58,2 (25)
Muitas vezes	27,9 (12)
Todos os dias	7,0 (3)
Momento do dia em que ingere alimentos/bebidas açucaradas (n=34)	
Às refeições	50,0(17)
Entre as refeições	55,8 (19)

Os alimentos mencionados como mais frequentemente ingeridos entre as refeições pelos pacientes com PEA foram os iogurtes (62,7%), a fruta (44,1%) e as bolachas (41,8%) (Figura 4.4).

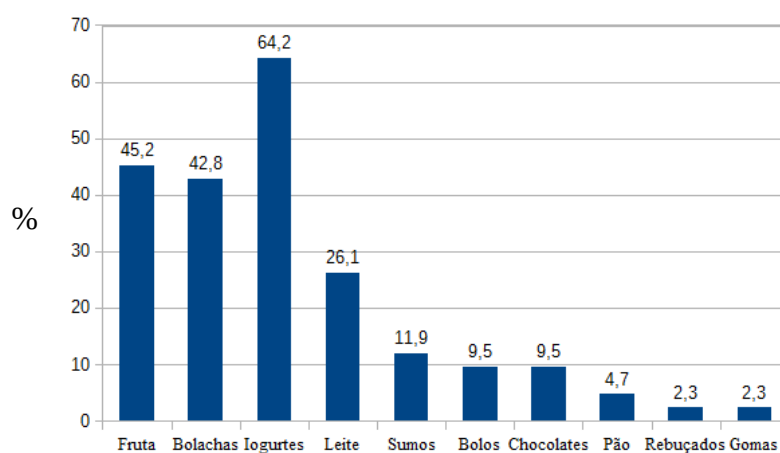


Figura 4.4 : Tipos de alimentos ingeridos entre as refeições pelos pacientes com PEA (n=43).

V. Protocolo de atuação para profissionais de saúde oral no atendimento de pacientes com Perturbação do Espectro de Autismo

1. A primeira consulta ao profissional de saúde oral

Tal como indicado para todas as crianças a primeira consulta ao profissional de saúde oral deve ser sempre realizada precocemente, de preferência antes ou durante o primeiro ano de vida (AAPD, 2015) mesmo sem necessidade de tratamentos dentários. Nesta consulta os pais são aconselhados sobre os cuidados a ter em relação aos dentes da criança e é feita uma avaliação do risco da criança em desenvolver cárie. As consultas seguintes são marcadas de acordo com o risco avaliado, e incentiva-se a criação do conceito de “dental-home”, que consiste no estabelecimento de uma relação médico-pais-criança contínua e centrada na família, de forma a poderem ser aplicadas todas as técnicas relacionadas com a saúde oral, a serem realizados no consultório e/ou em casa abrangendo tanto a prevenção como o tratamento (AAPD, www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/D_SHCN.pdf. Policy on the Dental Home).

Nesta primeira consulta, deve ser realizado, tal como para outro tipo de pacientes, um questionário onde são abordadas a saúde geral, o motivo da consulta, as experiências anteriores com o profissional de saúde oral e os hábitos de higiene oral e alimentares (Backman *et al.*, 1999).

Para além do questionário geral deve ser também outras perguntas adicionais aos pacientes com PEA, nomeadamente a existência de fobias ou outra particularidade importante, a forma de comunicação utilizada pelo paciente, quais os assuntos e temas favoritos, se há alguma forma de recompensa a que a criança está habituada e quais são os comportamentos que podem desencadear no paciente alguma forma de descontrolo (Backman *et al.*, 1999; Pilebro *et al.*, 2005; Dell *et al.*, 2013).

Estas informações são importantes de modo a conhecer o comportamento do paciente com PEA, pois, até certo ponto, podem ajudar a predizer se um paciente com PEA vai ser mais colaborante ou não. Por exemplo, se for um paciente com capacidade de ler tem maior tendência para colaborar, se tiver entre 4-7 anos são menos colaborantes, se controlam os esfíncteres à partida tem uma maior hipótese de colaborar,

se utilizam linguagem expressiva (os que utilizam tendem a ser mais colaborantes) e se têm doenças associadas como a epilepsia ou deficiência mental podem dificultar a colaboração. Foi verificado num estudo feito em crianças com PEA que todas as crianças que não se conseguiam sentar para cortar o cabelo também não colaboravam nos tratamentos dentários (Marshall *et al.*, 2007).

Esta primeira consulta ajuda a que se conheça o paciente e que, em parceria com os pais, se consigam encontrar estratégias para a modulação do comportamento das consultas de saúde oral seguintes.

2. O planeamento de estratégias de modulação de comportamentos na consulta de medicina dentária do paciente com Perturbação do Espectro de Autismo

A literatura refere que a maioria dos comportamentos incontroláveis dos pacientes com PEA acabam por ser minimizados utilizando contenção física, sedação e/ou anestesia geral (Friedlander *et al.*, 2006; Orellana *et al.*, 2014) De forma a permitir a realização dos tratamentos em ambientes mais familiares, têm sido desenvolvidos novos métodos de tratamento que se baseiam em técnicas de modulação de comportamentos (Klein *et al.*, 1988; Orellana *et al.*, 2014). As técnicas de modulação de comportamentos são divididas, segundo a AAPD, em técnicas básicas e em técnicas avançadas (Marshall *et al.*, 2008; Delli *et al.*, 2013).

De acordo com os dados recolhidos na primeira consulta, deve-se decidir, juntamente com a autorização dos pais, quais as técnicas mais adequadas a adotar. As técnicas básicas são, de um modo geral, mais bem aceites pelos pais/educadores de indivíduos com PEA do que as avançadas (Marshall *et al.*, 2008).

Para este tipo de pacientes é importante que o gabinete dentário seja pouco decorado e com poucos estímulos auditivos (Klein *et al.*, 1988; Orellana *et al.*, 2014) e é aconselhado a manter o mesmo profissional de saúde oral que vai atender o paciente com PEA (Backman *et al.*, 1999; Orellana *et al.*, 2006; Orellana *et al.*, 2014).

As técnicas básicas de modulação do comportamento incluem técnicas de comunicação e técnicas comunicativas. Uma das técnicas mais conhecidas é a “Tell-Show-Do” (TSD), outras são o controlo de voz, a utilização de comunicação não-verbal,

o reforço verbal positivo, técnicas de distração, a presença/ausência dos pais no gabinete e a utilização de óxido nitroso/oxigênio (Marshall *et al.*, 2008).

A pedagogia visual tem demonstrado ser uma técnica muito útil tanto em adultos (Orellana *et al.*, 2014) como em crianças (Bäckman *et al.*, 1999; Pilebro *et al.*, 2005), pois muitos dos pacientes com PEA têm dificuldade em exprimir-se por palavras. Nesta técnica cada etapa a realizar na consulta de saúde oral é previamente vista, de forma visual, através de fotografias e/ou objetos reais, que incluem imagens do gabinete, da cadeira do dentista, da receção, fotografias do próprio médico dentista, da luz, da cadeira, dos instrumentos dentários. Cada fotografia pode ter ou não uma instrução escrita simples relacionada com a ação clínica desejada.

Outra técnica básica é a presença dos pais na consulta. No entanto este assunto é controverso, pois para alguns autores a presença dos pais ou cuidadores no gabinete acalma e aumenta a colaboração dos pacientes com PEA (Friedlander *et al.*, 2006), mas para outros a presença dos pais é desaconselhada (Klein *et al.*, 1988).

A conduta clínica da consulta de saúde oral pode basear-se segundo os princípios de Tratamento e Educação de Crianças com Autismo e Problemas de Comunicação (*Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children* – TEACCH principles), desenvolvidos em 1972 por Eric Schopler na Universidade da Carolina. Estes princípios elaboram um programa de treino profissional com medidas pedagógicas que têm como objetivo melhorar a colaboração de pacientes especiais nas consultas de saúde oral. Este programa baseia-se em aproximações sucessivas aos estímulos visuais, olfativos, auditivos e táteis, em conduzir a consulta segundo a técnica TSD, em utilizar a pedagogia visual e modelos ao vivo, a utilização de fotografias ou filmagens, nos quais um indivíduo pode servir como modelo para se imitar o comportamento desejado. Em 2014 foi realizado um estudo em adultos e crianças com PEA em que foram aplicados os princípios **TEACCH** (Orellana *et al.*, 2014). Neste estudo foram planeados dez passos consecutivos, desde a entrada no gabinete até à observação intraoral. Os gabinetes encontravam-se pouco decorados e com poucos estímulos auditivos e a consulta foi sempre orientada pelo mesmo médico dentista. Os passos planeados foram: 1) entrada no gabinete, 2) acomodação na cadeira de dentista, 3) reclinção da cadeira, 4) habituação à luz direta na face, 5) abertura da boca, 6) habituação à manipulação da boca com luvas, 7) observação da boca com um

espelho, 8) observação da boca com a sonda, 9) observação da boca com a sonda e com o espelho e 10) observação da oclusão dentária. Os passos do número 5 ao número 10 foram repetidos duas vezes antes de se avançar para o passo seguinte. Foram dadas pequenas ordens, pelo médico dentista, através de frases curtas e simples (“entre”, “sente-se”, “vamos colocar luz na face”). A fotografia do dentista foi colocada todos os dias nos horários das tarefas diárias do paciente com PEA. Existia uma câmara de vídeo para filmar a consulta do paciente com PEA para posterior avaliação. O médico dentista dava instruções verbais simples e reforços positivos. Cada um dos passos demorou cerca de 20 minutos. Este estudo concluiu que este método foi efetivo em facilitar uma correta avaliação dentária, tanto em adultos como em crianças., demonstrando a importância de se realizarem as etapas gradualmente.

Relativamente às técnicas avançadas de modulação do comportamento, estas consistem na contenção física, na sedação e na anestesia geral (Marshall *et al.*, 2008).

A utilização de técnicas como a mão na boca e a contenção física em pacientes com PEA é controversa (Friedlander *et al.*, 2006). Há autores que não aconselham colocar a mão na boca (Klein *et al.*, 1988). Alguns autores concordam com a utilização de restrição física, uma vez que a pressão profunda ao toque pode ter um efeito calmante em pacientes com autismo.

Por outro lado, a utilização de técnicas de sedação utilizadas por médicos dentistas no consultório tem aumentado nos últimos 15 anos (Chicka *et al.*, 2012). Algumas vezes, nos pacientes com PEA, estes tratamentos tem de ser interrompidos por ocorrerem respostas atípicas (Friedlander *et al.*, 2006). De entre os pacientes com necessidades especiais, os pacientes com PEA são os que tem mais frequentemente indicação de serem tratados sob Anestesia Geral (http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_Anesthesia-Personnel.pdf), (Marshall *et al.*, 2008). As técnicas de sedação e de anestesia geral podem originar efeitos colaterais indesejados tais como náuseas, vômitos e obstrução das vias aéreas superiores, podendo ocorrer, embora raramente, dano cerebral e morte (Krippaehne *et al.*, 1992; Posse *et al.*, 2003; Messieha *et al.*, 2009; Kilbaugh *et al.*, 2010; Chika *et al.*, 2012; Lee *et al.*, 2013; Cantekin *et al.*, 2014). As técnicas de sedação e anestesia geral devem ser vistas como de último recurso (Garcia *et al.*, 2007; Corcuera-Flores *et al.*, 2014).

Considerando as técnicas descritas, a conduta clínica na consulta de saúde oral

deve ser baseada nas necessidades individuais de cada indivíduo e nos recursos existentes, pois não existe nenhuma intervenção comportamental que melhore todos os sintomas dos pacientes com PEA (Klein *et al.*, 1988; Pilebro *et al.*, 2005; Ospina *et al.*, 2008; Delli *et al.*, 2013).

Deve ser tido em consideração que o atendimento de crianças com PEA no gabinete dentário consome tempo e poderá exigir muitas visitas antes do tratamento poder ser iniciado (Klein *et al.*, 1988; Kopycka-Kedzierawski *et al.*, 2008).

Segundo um estudo feito por Marshall e colaboradores, de todas as técnicas de modulação existentes, e de forma decrescente, a técnica melhor aceite é o reforço verbal positivo, seguida da TSD, das técnicas de distração, da oferta de presentes, da anestesia geral e de segurar as mãos pelos pais (Marshall *et al.*, 2008).

Outros aspetos a ter em consideração é que o tempo de espera antes da consulta deve ser o menor possível (Backman *et al.*, 1999). Será por isso indicado que a marcação destes pacientes seja agendada como a primeira consulta da manhã ou da tarde.

Quando se seguem as técnicas básicas de modulação de comportamentos, deve ser registada na ficha clínica a colaboração do paciente e o tempo utilizado para a consulta. Só se deve avançar para o passo seguinte quando o anterior for alcançado com colaboração e é importante não esquecer que, durante as consultas, é aconselhado realizar reforços positivos verbais e utilizar frases curtas, simples e claras (Klein *et al.*, 1988; Medina *et al.*, 2003; Friedlander *et al.*, 2006).

Outra técnica que pode ser utilizada é a de oferecer um presente no final da consulta e ignorar os comportamentos menos adequados (Klein *et al.*, 1988).

3. A importância da prevenção em saúde oral: a implementação de hábitos de higiene oral e alimentares

Na consulta de saúde oral deve ser feito um aconselhamento sobre a implementação de bons hábitos de higiene oral e de bons hábitos alimentares. Os comportamentos saudáveis são mais facilmente implementados quanto mais cedo se estabelecerem rotinas diárias saudáveis (Backman *et al.*, 2005; Pilebro *et al.*, 2005; Kopycka-Kedzierawski *et al.*, 2008). Neste tipo de pacientes a implementação destas rotinas em casa também pode recorrer à pedagogia visual podendo esta facilitar o ensinamento das técnicas de escovagem e de outras técnicas de higiene oral e também

para promover a restrição do consumo de alimentos cariogénicos (Pilebro *et al.*, 2005; Friedlander *et al.*, 2009; Delli *et al.*, 2013; Orellana *et al.*, 2014), em especial entre as refeições.

Em cada consulta devem ser reforçados os conselhos de escovagem e alimentares (Backman *et al.*, 1999).

As técnicas visuais podem associar-se a outros meios audiovisuais e/ou físicos combinados, e podem também ser utilizadas as palavras selecionadas em conjunto com os profissionais de saúde oral de forma a preparar as consultas seguintes da melhor maneira possível. A uniformização de palavras e a rotina das técnicas é fundamental para o sucesso da colaboração nas consultas. Por exemplo, os pais podem colocar as imagens dadas pelo médico dentista na casa de banho ou no local onde a escovagem é realizada para permitir um aperfeiçoamento da técnica pelo estímulo visual (Pilebro *et al.*, 2005). Podem também utilizar a escova elétrica para existir uma habituação à vibração e ao ruído, o que facilita depois a utilização dos instrumentos rotativos na consulta de medicina dentária. Podem também colocar rolos de algodão na boca dos pacientes com PEA, treinando assim a sensibilização à textura do algodão. Outro procedimento que podem treinar é a abertura de boca, por exemplo pedindo ao filho para fazer a abertura máxima da boca enquanto contam até dez, pois este treino poderá facilitar o exame oral ou possíveis tratamentos na consulta de saúde oral. Os pais podem também fazer uma escovagem mais vigorosa e demorada por lingual dos dentes, permitindo um treino prévio para a colocação de rolos de algodão nessa área.

Por outro lado podem também preparar a próxima visita ao profissional de saúde oral, lendo um livro com as sequências e as palavras combinadas na consulta com este profissional (Backman *et al.*, 1999; Friedlander *et al.*, 2006).

Na tabela 5.1 encontra-se resumido o protocolo de atuação para profissionais de saúde oral no atendimento de pacientes com Perturbação do Espectro de Autismo.

Tabela 5.1. Protocolo de atuação para profissionais de saúde oral no atendimento de pacientes com Perturbação do Espectro de Autismo.

Agendamento	
Sala de espera	Aguardar pouco tempo Primeira da consulta da manhã ou da tarde
Gabinete dentário	Tranquilo Sem estímulos
Profissionais de saúde dentária	Especializados em pacientes com PEA Dotados de muita flexibilidade e paciência
Primeira consulta	
Questionário prévio: Perguntas gerais	Estado de saúde geral Tipo de medicação Experiências anteriores no médico dentista Hábitos de higiene oral Hábitos alimentares Número de irmãos
Questionário prévio: Perguntas específicas paciente com PEA	Presença de fobias ou outra particularidade Forma de comunicação Recetividade à pedagogia visual Forma de recompensada Identificação de “pontos gatilho” Assuntos preferidos
Fatores que podem ajudar na colaboração da consulta	Habilidade de leitura Idade Autonomia no controlo dos esfíncteres Utilização de linguagem expressiva Doenças associadas (epilepsia, deficiência mental)
Técnicas básicas de modulação de comportamentos (segundo a AAPD)	Tell-Show-Do (TSD) Controlo de voz Comunicação não verbal Reforço verbal positivo Presença/Ausência dos pais no gabinete Utilização de óxido nítrico/oxigénio
Técnicas avançadas de modulação de comportamentos (segundo a AAPD)	Contenção física Sedação consciente Anestesia geral
Instruções sobre higiene oral	Escovagem bidirecional, uma delas à noite, antes de deitar Dentífrico fluoretado Utilizar fio dentário diariamente
Instruções sobre hábitos alimentares	Evitar alimentos cariogénicos principalmente entre refeições
Normas a aplicar em casa/instituição	Instruções sobre higiene oral Instruções sobre a dieta alimentar Palavras a utilizar em casa e no consultório Recolha de material didático (imagens, instrumentos, luvas, rolos de algodão, fotografias) Internet
Consultas seguintes	
	Anotar a colaboração Anotar o tempo gasto na consulta Avançar passo a passo Reforço verbal positivo Frases curtas e simples Reforço conselhos de escovagem e alimentares

VI. Discussão

1. Características da amostra

A amostra deste estudo foi considerada reduzida e pelas suas características não se pode extrapolar os resultados para a população com PEA em geral.

A maioria dos questionários foi respondido pelos pais (73,3%), demonstrando que estes são os principais cuidadores dos indivíduos com PEA.

Neste estudo a grande maioria dos indivíduos com PEA eram do sexo masculino, o que seria de esperar pois os indivíduos do sexo masculino são 4 vezes mais afetados do que os do sexo feminino (Klein *et al.*, 1998; Oliveira *et al.*, 2006; Miles *et al.*, 2010; Mottron *et al.*, 2015).

Na maioria dos indivíduos com PEA não demonstram total autonomia pois em 97,8% foram considerados de alguma forma dependentes, em maior ou menor grau, o que pode demonstrar pouca autonomia para as tarefas de rotina diária, incluindo as rotinas de uma correta higiene oral e implementação de hábitos alimentares saudáveis.

2. Comportamentos relacionados com o profissional de saúde oral e “obstáculos” relacionados com a consulta de medicina dentária

Apesar de uma grande maioria dos pacientes com PEA já foi ao higienista oral (72,7%) ou ao médico dentista (79,5%), no que refere à idade da primeira visita a um profissional de saúde oral pode ser considerada tardia, pois esta primeira consulta foi realizada mais frequentemente após os 6 anos de idade. Esta primeira visita também se verifica tardia na população portuguesa em geral, pois no último inquérito nacional de saúde, 77,8% das crianças portuguesas entre os 2 e os 4 anos de idade nunca visitaram um profissional de saúde oral (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge - INSA e INE, 2009). Estes valores encontrados neste estudo de pacientes com PEA e na população portuguesa em geral, estão bem longe do que o pretendido e preconizado pela AAPD, que recomenda que esta visita seja feita antes durante o primeiro ano de vida (AAPD, 2014/2015). Quanto mais precoce for a intervenção no sentido de se evidenciar a importância dos cuidados a ter com os dentes decíduos e evitar as cáries dentárias, maior é a possibilidade de se manter uma boa saúde oral (Borrallho, 2014; Plutzer *et al.*, 2014).

O principal motivo da última visita ao médico dentista dos pacientes com PEA foi para realizar tratamentos de rotina e de prevenção (56,8%), para tratamentos (29,7%) e por fim, para situações de urgência (13,5%), sendo estes resultados um pouco mais satisfatórios do que para a população em geral que visitou o médico dentista pela última vez por motivos de rotina/prevenção em 50% dos casos, em 33% dos casos para realizar tratamentos, e em 17% dos casos em situações de urgência (Eurobarometer, 2010). Em Portugal, no último INS revelou que o motivo principal da última visita ao médico dentista foi a higiene oral (54,9%) (INSA e INE, 2009). Estes resultados podem demonstrar alguma preocupação dos prestadores de cuidados em manter uma boa saúde oral dos pacientes com PEA.

Somente 23,68% dos indivíduos da amostra não colaboraram na realização dos tratamentos dentários. Estes valores são bem mais baixos dos que os encontrados por Loo e colaboradores (2008) em que 55,2% dos paciente com PEA não colaborou, e com os encontrados por Marshaal e colaboradores (2007) em que 65% dos pacientes com PEA não colaboraram nos tratamentos.

Apesar de a grande maioria dos casos não ter revelado dificuldade em ter tido acesso a uma consulta de medicina dentária (60%), dos casos que tiveram dificuldade as causas apontadas foram dificuldade em encontrar um profissional especializado (12,5%) e o preço elevado das consultas (12,5%). Na Europa o maior obstáculo à procura de um profissional de saúde dentária foi a crença de que o problema dentário não é sério o suficiente (33%), seguido da razão de não terem dentes ou de usarem próteses (16%), e só depois o motivo é o custo dispendioso das consultas (15%) e o medo dos profissionais de saúde oral (10%), entre outras razões menos frequentes. O facto de, em Portugal, os serviços de saúde oral serem fundamentalmente privados podem apoiar os resultados encontrados. Os resultados do estudo sugerem também a importância de existirem profissionais de saúde oral diferenciados para o atendimento deste tipo de pacientes.

Neste estudo foi necessário realizar tratamentos dentários com sedação em 26,7% dos pacientes com PEA, e anestesia geral em 28,9% dos casos. A percentagem de indivíduos que necessitou de anestesia geral é bem mais baixo do que o encontrado na literatura. Num estudo feito em 1969, foi necessário realizar anestesia geral para tratamentos dentários em 76% das crianças com PEA (Swallow1969), enquanto que

noutro estudo, realizado em 1999, o número baixou para 37% (Klein *et al.*, 1999).

A maioria dos inquiridos revelou ter tido acesso a informações sobre os cuidados de saúde oral (79,5%), e a maioria dessa informação foi dada pelo médico dentista (44,1%) ou pelo higienista oral (32,5%). O médico assistente foi responsável em divulgar esta informação somente em 11,6% dos casos, e as escolas/instituições também em somente 11,6% dos casos. Torna-se bem claro que é necessário existir mais divulgação da informação por parte dos profissionais de saúde e de outras áreas que contactam mais frequentemente com a população, de modo que a promoção da oral seja mais efetiva (Borrvalho, 2014; AAPD, 2014/2015), tanto para a população em geral, como em especial para este tipo de pacientes.

3. Comportamentos relacionados com a higiene oral

A escovagem bidiária verificou-se um hábito muito frequente, uma vez que 77,8% dos participantes referiram realizá-la. Estes dados demonstram ser muito satisfatórios uma vez que a escovagem dos dentes pelo menos duas vezes por dia é considerada como essencial na prevenção da cárie dentária (DGS, 2005; SIGN, 2015). Foram muito poucos os que não escovavam os dentes (2,2%), resultados mais baixos que os encontrados no estudo efectuado por Borrvalho em 2014, em que 9,9% das crianças não escovava os dentes diariamente.

O momento do dia mais frequente para a escovagem dentária foi à noite (81,3%), sendo que 46,5% é efetuada antes de deitar e 34,8% depois do jantar. Seria interessante averiguar se os pacientes que escovam depois de jantar, voltam a ingerir alimentos antes de se deitarem. O fato de se lavarem os dentes antes de deitar é um indicador muito bom de saúde oral, pois à noite é o momento do dia considerado mais importante para a escovagem dos dentes (SIGN, 2014; DGS, 2015).

A idade do início da escovagem dentária foi realizada em 24,4% dos indivíduos com o aparecimento dos primeiros dentes decíduos. Este valor é semelhante ao verificado por Borrvalho em 2104 no distrito de Lisboa para a população infantil em idade pré-escola. Existem vários estudos a demonstrar a importância da implementação deste hábito em idades precoces, pois as crianças que começaram a escovar os dentes antes do primeiro ano de vida apresentaram uma menor prevalência de cárie (Borrvalho, 2014; Plutzer, 2014).

Neste estudo somente 9,3% dos indivíduos utilizavam o fio dentário. Apesar da evidência da efetividade da utilização do fio dentário em conjunto com a escovagem dentária na redução das cáries dentárias em crianças ser de qualidade e consistência insuficientes para se poder fazer uma recomendação (SIGN, 2014), a utilização do fio dentário diariamente juntamente com a escovagem dentária diária com uma pasta fluoretada é recomendada pela DGS (DGS, 2015). Desta forma, e como quando mais cedo se implementarem rotinas nos pacientes com PEA mais fácil é a sua execução, deve-se incentivar a utilização do fio dentário o mais cedo possível.

Mais de metade dos indivíduos com PEA precisa de ajuda para realizar a escovagem dos dentes (58,2%). Tal está de acordo com o grau de dependência referido existir, enfatizando a importância de instruir corretamente o principal responsável pela higiene oral do paciente com PEA.

Em cerca de um terço dos indivíduos o cuidador referiu dificuldade em realizar a higiene oral ao paciente com PEA. Seria interessante entender melhor quais os motivos desta dificuldade, se foi por o paciente com PEA ser portador de outra patologia complexa, se foi por falta de habituação às rotinas, se foi por dificuldades de comunicação, de forma a poder melhorar este parâmetro, fundamental para o sucesso de uma boa saúde oral. As técnicas descritas no protocolo de atuação e de aconselhamento podem ajudar a ultrapassar algumas dessas dificuldades.

4. Comportamentos relacionados com os hábitos alimentares do paciente com Perturbação do Espectro de Autismo

Os resultados do estudo demonstraram um baixo consumo de alimentos cariogénicos na maioria dos pacientes com PEA, o que pode ser considerado muito bom para evitar o aparecimento de cáries dentárias. O efeito local do açúcar tem um papel preponderante no aparecimento desta doença, apesar de existirem outros fatores de risco associados. Existem muitos fatores da dieta associados à cárie tais como a quantidade de hidratos de carbono consumidos, a concentração de açúcar na comida, a forma física do hidrato de carbono, a quantidade de tempo que os dentes estão expostos à descida do pH, a frequência de ingestão de refeições e de lanches, o tempo de intervalo entre as refeições, e a sequência de consumo de comida. A diminuição da ingestão frequente de açúcar diminui o risco de se desenvolverem cáries dentárias. Deve-se restringir o seu

consumo às horas das refeições (SIGN, 2014). Verificou-se que nos pacientes com PEA, 55,8 % consumiam alimentos cariogênicos entre as refeições, e que 50% consumiam estes mesmos alimentos à hora da refeição.

VII. Conclusões e Considerações finais

- Quase a totalidade dos indivíduos não são autônomos, mais de metade necessita de ajuda para efetuar a escovagem dentária, e em mais de um quarto dos casos existiu dificuldade em realizar a higiene oral
- A saúde oral dos indivíduos é considerada boa por mais de dois terços dos participantes, a escovagem diária é efetuada em mais de dois terços dos inquiridos, quase metade dos inquiridos realiza a escovagem antes de dormir, muito poucos utilizam o fio dentário e somente um quarto dos indivíduos começou a escovar os dentes com o aparecimento dos dentes decíduos.
- Mais de dois terços dos participantes do estudo já tinham ido a uma consulta de medicina dentária, e a idade da primeira consulta ao médico dentista/higienista oral foi feita, na maior parte dos casos, depois dos 6 anos de idade.
- Mais de metade dos participantes no estudo consulta o médico dentista/higienista oral regularmente, sendo o principal motivo da última consulta tratamentos de rotina e prevenção, e mais de metade dos participantes não revelou dificuldade em ter acesso a uma consulta de medicina dentária
- Aproximadamente metade dos inquiridos colabora nos tratamentos dentários e nenhuma das crianças com menos de seis anos de idade participantes no estudo necessitou de sedação e/ou anestesia geral para realizar tratamentos dentários.
- A informação sobre os cuidados de saúde oral transmitidos pelo médico de família ou pelas instituições é muito pouco frequente.

Tal como para a população em geral, nos pacientes com PEA quanto mais cedo se instalarem rotinas nos indivíduos com PEA relacionadas com a manutenção de uma boa saúde oral, nomeadamente hábitos de escovagem e alimentares saudáveis, maiores são as probabilidades de se manter uma boa saúde oral. Nestes pacientes a prevenção é de fundamental importância, pois a colaboração relativamente aos tratamentos dentários

poderá estar muito comprometida, pelas características próprias destes indivíduos. É de extrema importância a colaboração dos prestadores de cuidados neste tipo de pacientes, pelo que é fundamental a sua inclusão nas ações de promoção de saúde oral direcionadas para os pacientes com PEA.

As várias técnicas de modulação de comportamentos de pacientes especiais podem consumir muito tempo de consulta, mas podem ser muito úteis nalguns casos e evitar tratamentos mais complexos e dispendiosos.

A existência de uma equipa multidisciplinar que inclua médicos dentistas, pais, educadores, outros profissionais de saúde oral e das outras áreas médicas a trabalhar com estes pacientes é de extrema importância, de modo a que melhore a sua saúde oral.

Referências Bibliográficas

Afonso T. Estudo da Etiologia do Autismo utilizando a técnica de MLPA [dissertação] [internet]. 2011 [acesso em 2015 Mar 23]; Disponível em <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:estudogeral.sib.uc.pt:10316/18844>.

Al-Maweri SA, Halboub SE, Al-Soneidar WA, Al-Sufyani G. Oral lesions and dental status of autistic children in Yemen: A case-control study. J Int Soc Prev Community Dent. 2014 Dec; 4 (Suppl 3): S199-S203.

Altun C, Guven G, Akgun OM, Akkurt MD, Basak F, Akbulut E. Oral health status of disabled individuals attending special schools. Eur J Dent. 2010 [acesso em 2015 Set 23]; 4: 361-6. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC29487>.

American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Policy on the Dental Home. 2014/2015 [acesso em 2015 Set 6]; 36(6): 24-25. Disponível em: http://www.aapd.org/media/Policies-Guidlines/D_SHCN.pdf

American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). American Academy of Pediatric Dentistry 2012-15 Strategic Plan. 2014/2015 [acesso em 2015 Set 23]; 36 (6): 7-9- Disponível em “http://www.aapd.org/media/Policies-Guidlines/D_SHCN.pdf”.

American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Guidline on Perinatal Oral Health Care. 2014/2015 [acesso em 2015 Set 6]; 36(6): 135-137. Disponível em: http://www.aapd.org/media/Policies-Guidlines/D_SHCN.pdf.

American Psychiatric Association (APA). Guia de Referência Rápida para os Critérios de Diagnóstico. 5ªed. Lisboa: Climepsi Editores; 2015.

Backman B, Pilebro C. Visual pedagogy in dentistry for children with autism. Journal of Dentistry for Children. 1999; 325-331.

Becker A, Shapira J, Chaushu S. Orthodontic treatment for disable children: motivation, expectation, and satisfaction. European Journal of Orthodontics 2000;22: 151-158.

Beyer J, Gammeloft L. *Autism & Paly*. London and New York: Jessica Kingsley Publishers; 1988.

Blomqvist M, Dahllof G, Bejerot S. Experiences of Dental Care and Dental Anxiety in Adults with Autism Spectrum Disorder. Autism Res Treat. 2014 Oct [acesso em 2015 Set 18]; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4228704/>.

Boccuto L, Lauri M, Sarasua S, Skinner C, Buceella D, Dwivedi A et al. Prevalence of SHANK3 variants in patients with different subtypes of autism spectrum disorders. Eur J Hum Genet. 2013 Mar ; 21(3): 310-316.

Borrvalho SM,. Prevalência, Gravidade e Fatores Associados à Cárie Precoce da Infância no Distrito de Lisboa. Lisboa: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa; 2014.

Cantekin K,Yildirim M, Cantekin I. Assessing Change in Quality of Life and Dental Anxiety in Young Children Following Dental Rehabilitation under General Anesthesia. *Pediatric Dentistry*. 2014 Jan/Fev; 36 (1): E12-E17.

Catassi C, Bai J, Bonaz B, Bouma G, Calabro A, Carrocio A, Castillejo G, Ciacci C, Cristofori F et al. Non-Celiac Gluten Sensivity: The New Frontier of Gluten Related Disorders. *Nutrients* 2013 Oct [acesso em 2015 Set 24]; 5(10): 3839-3853. Obtido de : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2820C>.

Chang J, LeeJ-H, Son HH, Kim HY. Caries risk profile of Korean dental patients with severe intellectual disabilities. *Special Care Dentistry* 2014. 34(4); 201-207.

Chaushu S, Becker A. Behaviour management needs for the orthodontic treatment of children with disabilities. *European Journal of Orthodontics* 2000; 22: 143-149.

Chicka M, Dembo J, Mathu-Muju, Nash D, Bush H. Adverse events during Pediatric Dental Anaesthesia Sedation: A Review of Closed Malpractice Insurance Claims. *Pediatric Dentistry*; 2012 May/Jun. 34 (3):231.

Cohen D, Cicchetti D. *Developmental Psychopathology*. New York: Wiley; 2006.

Corcuera-Flores JR, Delgado-Munoz JM, Ruiz-Villandiego, Maura-Solivellas, Machuca-Portillo. Dental treatment for handicapped patients; Sedation vs general anesthesia and update of dental treatment in patients with different diseases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014 Mar 1; 19 (2): e170-6.

Delli K, Reichart P, Bornstein M, Livas C. Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: Concerns, behavioural approaches and recommendations. *Med Oral Pat Cir Bucal*. 2013 Nov; 18 (6): e862-e868.

Direção Geral da Saúde (DGS). Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. Circular normativa Nº1/DSE de 18 de Janeiro de 2005.

Elsabbagh M, Divan G,Koh Yun-Joo, Kim YS, Kauchali S, Marcin C. et al. Global Prevalence of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. *Autism Res*. Jun [acesso em 2015 Set 18] ; 5(3): 160-179. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3763210/>.

Eurobarometer. Report Oral Health. Special Eurobarometer 330./Wave 72.3. Brussels: European Commission, Directorate - General for Health; 2010[acesso em 2015 Set 6]; A <http://ec.europa.eu/public.opinion/archives/ebs/ebs>.

Exkorn KS. The Autism Sourcebook – Everything You Need to know About Diagnosis, Treatment, Coping and Healing. [internet] Australia. Perfectbound; 2005 [acesso em

2015 Mar 16]. Disponível em www.BookFi.org.

Federação Portuguesa de Autismo. Autismo. 2015.[acesso em 2015 Junh 6]. Disponível em <http://www.fpda.pt/autismo>.

Friendlander AH, Yagiela JÁ, Paterno VI, Mahler ME. The neuropathology, medical management and dental implications of autism. JADA 2006; 137 : 1517-1527

Gallo DP. Diagnosing Autism Spectrum Disorders – A Lifespan Perspective. [internet]1ª ed. UK: Wiley-Blackwell; 2010 [acesso em 2015 Mar 3]. Disponível em www.BookFi.org.

Garcia MJ, Lopez NG, Sanjuan CM, Martinez M, Garcia Y, Cabaleiro E. Criteria for selecting children with special needs for dental treatment under general anaesthesia. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007 Nov; 1; 12(7): E496-503.

Guideline on the use of anesthesia care providers in the administration of in-office deep sedation/general anesthesia to the pediatric dental patient [acesso em 2015 Set 6] Disponível em http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_Anesthesia-Personnel.pdf.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) e Instituto Nacional de Estatística (INE). Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: INSA e INE; 2009.

Jaber MA. Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism. J Appl oral Sci. 2011 May-Jun [acesso em 2015 Set 6]; 19(3): 212-217. Disponível em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21625735.

Jonh JB, Asokan S, Aswanth KP, Prya PRG, Shanmugaavel AK. Dental caries and the associated factors influencing it in tribal, suburban and urban school children of Tamil Nadu, India: a cross sectional study. Journal of Public Health Research. 2015; 4:361.

Keselyak N, Simmer-Beck M, Bray K, Gadbury-Amyot. Evaluation of an Academic Service-Learning Course on Special Needs Patients for Dental Hygiene Students: A Qualitative Study. Journal of Dental Education. 2007; 71 (3)378-392.

Kilbaugh T, Friess S, Raghupathi, Huh J. Sedation and Analgesia in Children with Developmental Disabilities and Neurologic Disorders. International Journal of Pediatrics. 2010.

Klein U, Nowak AJ. Autistic disorder: a review for the pediatric dentist. American Academy of Pediatric Dentistry. 1998; 5: 312-317.

Klein U, Nowak AJ. Characteristics of patients with autistic disorder (AD) presenting for dental treatment: a survey and chart review. Spec Care Dentist 1999; 19(5): 200-207. Retratação em Loo e colaboradores. The caries experience and behaviour of dental patients with autism spectrum disorder. JADA 2008; 139 : 1518-1524.

Kopycka-Kedzierawski, Auinger P. Dental Needs and Status of Autistic Children: Results From the National Survey of Children's Health. *Pediatric Dentistry*. 2008; 30(1): 54-58.

Krippaehne J, Montgomery M. Morbidity and Mortality From Pharmacosedation and General Anesthesia in the Dental Office. *J Oral Maxillofac Surg*. 1992; 50:691-698.

Lee H, Milgrom P, Starks H, Burke W. Trends in death associated with pediatric dental sedation and general anesthesia. *Pediatric Anesthesia*. 2013; 23: 741-746.

Loo CY, Graham RM, Hughes CV. The caries experience and behavior of dental patients with autism spectrum disorder. *JADA* 2008; 139 : 1518-1524.

Luppanapornlarp S, Leelataweewud P, Putongkam P, Ketanont S. Periodontal status and orthodontic treatment need of autistic children. *World J Orthod*. 2010; 11: 256-61. Retratação em Delli K *et al*. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013 Nov; 18(6): e862-e868.

Marshall J, SHeller B, Mancl L, Williams BJ. Parental Attitudes Regarding Behaviour Guidance of Dental Patients with Autism. *Pediatric Dentistry*. 2008; 30 (5): 400-407.

Marshall J, Sheller B, Williams BJ, Mancini L, Cowan C. Cooperation Predictors for Dental Patients with Autism. *Pediatric Dentistry*. 2007; 29 (5): 369-376.

Medina AC, Sogbe R, Gomez-Rey AM, Mata M. Factitial oral lesions in an autistic paediatric patient. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2003; 13: 130-137.

Messieha Z. Risks of general anesthesia for the special needs dental patient. *Spec Care Dentist*. 2009; 29 (1) : 21-25.

Miles JH, McCathren B, Stichter J, Shinawi M. Autism Spectrum Disorders. *GeneReviews®* [Internet]. 2003[acesso em 2015 jun 17]; Disponível em :<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1442/>

Mochizuki K, Tsujino K, Ohtawa Y, Yakushiji M, Nomura K, Ichinole T et al. Dental Care for Physically or Mentally Challenged at Public Dental Clinics. *Bull Tokyo Dent Coll* 2007; 48(3): 135-142.

Mottron L, Duret P, Muelljer S, Moore R, Forgeot d'Arc B, Jacquemont S, Xiong L. Sex differences in brain plasticity: a new hypothesis for sex ratio bias in autism. *Mol Autism*. 2015 [acesso em 2015 jun 18]; 6:33. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4456778/>.

Namal N, Vehit HE, Koksall S. Do autistic children have higher levels of caries? A cross-sectional study in Turkish children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2007; 25:97-102.

NICHHD - Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano. Preguntas y

Respuestas sobre el Autismo para profesionales de la Salud – Investigaciones sobre el autismo en el NICHD. NIH Pub. No. 01-4964(s) Abril 2002[acesso em 2015 jun 17]. Disponível em : www.BookFi.org.

Orellana L-M, Silvestre F-J, Martínez- Sanchis S, Martínez-Mihi V, Bautista D. Oral manifestations in a group of adults with autism spectrum disorder. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2012; 17 (3) e415-9.

Orellana LM, Martinez-Sanchis, Silvestre FJ. Training Adults and Children with na Autism Spectrum Disorder to be Compliant with a Clinical Dental Assessment Using a TEACH-Based Approach. J Autism Dev Disord 2014; 44: 776-785.

Ospina MB, JK Seida, Clark B, Karkhaneh M, Hartling L, Tjosvold L, Vandermeer B, Smith V. Behavioural and developmental interventions for autism spectrum disorder: a clinical systematic review. 1995 [acesso em 2015 jun 17]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK75185/> .

Pereira EG. Autismo: do conceito à pessoa. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação;1996.

Pereira MC. Autismo: Uma perturbação pervasiva do desenvolvimento. 1ª ed. Vila Nova de Gaia: Edições Galilivro, S.A; 2005.

Peretz B, Bercovich R, Blumer S. Using elements of Hypnosis Prior To or During Pediatric Dental Treatment. Pediatric Dentistry. 2013; 35 (1) : 33-36.

Pilebro C, Backman B. Teaching oral hygiene to children with autismo. International Journal of Paediatric Dentistry. 2005; 15: 1-9.

Plutzer K, Keirse JNC. Influence of an Intervention to Prevent Early Childhood Caries Initiated before Birth on Children's Use of Dental Services up to /Years of Age. The Open Dentistry Journal, 2014; 8:104-108

Posse JL, Garcia EV, Henriquez JM, Carmona IT, Feijoo JF, Dios PD. Evaluation preanestésica de discapacitados severos susceptibles de tratamineto odontológico bajo anestesia general. Med Oral 2003; 8: 353-60.

Rogers S, Hepburn S, Stackhouse T, Wehner E. Imitation performance in toddlers with autism and those with other developmental disorders. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2003. 44(5): 763-781.

Sarachana T, Xu M, Hu VW, et al. Sex Hormones in Autism: Androgens and Estrogens Differentially and Reciprocally regulate RORA, a Novel Cnadidate Gene for Autism. Pub med. Public Library of Science.[acesso em 2015 jun 18]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3040206/>. Em 18/06/2015.

Sasson NJ, Lam KS, Childress D, Parlier M, Daniels J, Piven J. The Broad Autism Phenotype Questionnaire: Prevalence and Diagnostic Classification. Autism Res. 2013

Apr [acesso em 2015 jun 17]; 6(2): 134-143. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3661685/>.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Preventing dental caries in children at high caries risk section 3: primary prevention of dental caries. Guideline 47. 2015[acesso em 2015 set 25]. Disponível em: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/47/sections3.html>.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 138 - Dental interventions to prevent caries in children. A national clinical guide.[acesso em 2015 set 24]; Disponível em <http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN138.pdf>

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Assessment, diagnosis and management of autism spectrum disorders. A national clinical guideline.Evidence.2015[acesso em 2015 set 24]. A national clinical guide http://www.sign.ac.uk/pdf/ASD_peer_review.pdf.

Silvestre-Rangil J, Silvestre F-J, Espin-Galvez F. Hospital dental practice in special patients. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2014;19 (2) e163-9.

Shah S, Apuya J, Gopalakrishnan S, Martin T. Combination of oral ketamine and midazolam as a premedication for a severely autistic and combative patient. J Anesth 2009; 23: 126-128

Soares R. Autismo. APPDA-LISBOA. 2006 [acesso em 2015 Set 6]; Obtido de <http://www.appda-lisboa.org.pt/federação/autismo.php>.

Swallow JN. The dental management of autistic children. Br Dent J 1969; 126(3): 128-131. Retratação em Loo e colaboradores. The caries experience and behaviour of dental patients with autism spectrum disorder.JADA 2008; 139 : 1518-1524.

Williams C, Wright B. Convivendo com Autismo e Síndrome de Asperger – Estratégias práticas para pais e profissionais. São Paulo : M. books do Brasil editora Ltda. São Paulo; 2008.

Wing L. 1ª ed. El Autismo en Niños y Adultos- Una guía para la familia.[internet] Barcelona. Paidós; 1998 [acesso em 2015 maio 15]. Disponível em : www.BookFi.org

Yepes M, Ramirez A, Restrepo MM, Sierra MC, Velasquez MI, Botero M et al. Aplicación de un método audiovisual para mejorar la comunicación con los niños autistas en el consultorio odontológico. Revista CES Odontología 1998; 11 (2): 37-40.

Apêndices

Apêndice I

Índice de tabelas e figuras

1. Tabelas

Tabela 3.1: Questionário sobre saúde oral dos pacientes com PEA	10
Tabela 4.1: Caracterização da amostra	12
Tabela 4.2: Comportamentos relacionados com a visita ao médico dentista/higienista oral do paciente com PEA	13
Tabela 4.3: Comportamento no médico dentista, dificuldades no acesso à consulta de medicina dentária, necessidade de realizar sedação/anestesia geral, e informação sobre a saúde oral do paciente com PEA	15
Tabela 4.4: Comportamentos relacionados com a higiene oral do paciente com PEA	16
Tabela 5.1. Protocolo de atuação para profissionais de saúde oral no atendimento de pacientes com Perturbação do Espectro de Autismo.	23

2. Figuras

Figura 4.1: Razão da última visita ao médico dentista dos pacientes com PEA	14
Figura 4.2: Frequência da escovagem dos dentes dos pacientes com PEA	15
Figura 4.3: Momento do dia em que era realizada a escovagem dos dentes	15
Figura 4.4: Tipos de alimentos ingeridos entre as refeições pelos pacientes com PEA	16

Apêndice II

Lista de abreviaturas

AAPD	American Academy of Pediatric Dentistry
APPDA	Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo
CERCIAMA	Cooperativa de Educação e Reabilitação dos Cidadãos Indaptados da Amadora
DSM-III-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Third Edition – Text Revision
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition – Text Revision
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Five Edition
FPDA	Federação Portuguesa de Autismo
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
NICHD	Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano
OMD	Organização Mundial de Saúde
PEA	Perturbação do Espectro de Autismo
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
TSD	Tell-Show-Do

Apêndice III

Crítérios de diagnóstico das PEA segundo a DSM-V

Crítérios de diagnóstico das PEA segundo a DSM-V

A. Défices persistentes na comunicação social e interação social transversais a múltiplos contextos, manifestados pelos seguintes, atualmente ou no passado (os exemplos são ilustrativos, não exaustivos):

1. Défices na reciprocidade social-emocional, variando, por exemplo, de uma aproximação social anormal e fracasso na conversação normal, a uma partilha reduzida de interesse, emoções ou afeto; a fracasso em iniciar ou responder a interações sociais
 2. Défices na reciprocidade social-emocional, variando, por exemplo, de uma aproximação social anormal e fracasso na conversação normal, a uma partilha reduzida de interesse, emoções ou afeto; a fracasso em iniciar ou responder a interações sociais
 3. Défices em desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldades em ajustar o comportamento de forma a adequar-se aos vários contextos sociais, a dificuldades em partilhar jogos imaginativos ou fazer amigos; a ausência de interesses nos pares.
-

B. Padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades, manifestados por pelo menos 2 dos seguintes, atualmente ou no passado (os exemplos são ilustrativos, não exaustivos):

1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (por exemplo, estereotipias motoras simples, alinhar brinquedos ou sacudir objetos, ecolalia, frases idiossincráticas.
 2. Insistência na monotonia, aderência inflexível a rotinas ou padrões ritualizados do comportamento verbal ou não-verbal (por exemplo, angústia extrema com pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões de pensamento rígidos, rituais de cumprimento, necessidade de fazer o mesmo percurso ou comer a mesma comida todos os dias)
 3. Interesses altamente restritos e fixos, que são anormais na intensidade ou foco (por exemplo, ligação forte ou preocupação com objetos incomuns, interesse excessivamente circunscritos ou perseverantes).
 4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspetos sensoriais do ambiente (por exemplo, indiferença aparente à dor/temperatura, respostas adversas a sons ou texturas específicas, tocar ou cheirar objetos excessivamente, fascinação visual com luzes ou movimento).
-

C. Os sintomas tem de estar presentes no início do período de desenvolvimento (mas podem não se tornar totalmente manifestos até as exigências sociais excederem as capacidades limitadas ou podem ser mascaradas mais tarde na vida por estratégias aprendidas)

D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional noutras áreas importantes do funcionamento atual

E. Estas perturbações não são mais bem explicadas por incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento) ou atraso global do desenvolvimento. A incapacidade intelectual e a perutrbção do espectro do autismo concorrem muitas vezes; para efetuar diagnosticos comórbidos de perturbação do espectro de aiutismo e incapacidade intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral de desenvolvimento

Apêndice IV

Níveis de Gravidade das PEA segundo a DSM-V

Níveis de Gravidade das PEA segundo a DSM-V

Nível de gravidade	Comunicação social	Comportamentos restritivos e repetitivos
Nível 3 (Requerendo suporte muito substancial)	Défices graves nas habilidades verbais e não verbais de comunicação social, causam graves défices no funcionamento, iniciação de interações sociais muito limitada e resposta mínima à abertura social por outros. Por exemplo, uma pessoa com poucas palavras faladas inteligíveis que raramente inicia interação e quando o faz, apresenta aproximações incomuns para apenas satisfazer necessidades e apenas responde a aproximações sociais muito diretas.	Inflexibilidade do comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritivos/repetitivos que interferem marcadamente com o funcionamento em todas as esferas. Grande angústia/dificuldade em mudar o foco/ação.
Nível 2 (Requerendo suporte substancial)	Défices marcados nas habilidades verbais e não-verbais de comunicação social; os défices sociais são aparentes mesmo com suporte no local; iniciação limitada de interações sociais e respostas reduzidas ou anormais à abertura social por outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação é limitada a interesses restritivos especiais e que tem uma comunicação não-verbal marcadamente estranha.	Inflexibilidade do comportamento e dificuldades em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritivos/repetitivos que aparecem com suficiente frequência para serem óbvios ao observador casual e interferem com o funcionamento numa variedade de contextos. Angústia e/ou dificuldade em mudar de foco ou ação
Nível 1 (Requerendo suporte)	Sem suportes no local, os défices na comunicação social causam prejuízos visíveis Dificuldades em iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou mal-sucedidas à abertura social por outros Pode parecer que têm interesse reduzido nas interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que é capaz de falar com frases completas e se envolve na comunicação mas cuja conversação bilateral com outros falha e as tentativas para fazer amigos são estranha e tipicamente mal-sucedidas	A inflexibilidade de comportamentos causa interferência significativa com o funcionamento num ou mais contextos Dificuldade em mudar entre atividades Problemas de organização e planeamento dificultam a independência

Apêndice V

**Questionário sobre Saúde Oral entregue aos pais/responsáveis pelos
pacientes com autismo**

QUESTIONÁRIO SOBRE SAÚDE ORAL

AOS PAIS/RESPONSÁVEIS PELOS PACIENTES COM AUTISMO

Exmo Pai ou Responsável pelo paciente com autismo,

Sou aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL) e encontro-me a realizar uma dissertação com o tema ***O Paciente com Autismo: A Abordagem na Consulta de Medicina Dentária e a Importância da prevenção em Saúde Oral.***

Os pacientes com autismo apresentam características especiais que podem dificultar a realização dos cuidados diários de higiene oral e também das consultas de medicina dentária. Por esta razão, é importante ter um melhor conhecimento do tipo de dificuldade nestas rotinas e comportamentos de saúde oral, para prevenir as doenças da cavidade oral e também dar uma resposta mais adequada relativamente aos tratamentos dentários destes pacientes. A minha dissertação tem como objetivo contribuir para esta temática, aplicando aos pais/educadores responsáveis de indivíduos com autismo um questionário.

Venho desta forma solicitar a vossa colaboração para responderem a um questionário sobre os comportamentos relacionados com a saúde oral do paciente com autismo.

O questionário é anónimo, de participação voluntária e o seu preenchimento demora apenas cerca de 5 minutos.

A sua colaboração é muito importante para conhecermos mais sobre as principais dificuldades e limitações sentidas pelos pais/responsáveis dos pacientes com autismo.

CASO ACEITE PARTICIPAR NO ESTUDO, PREENCHA O QUESTIONÁRIO EM ANEXO

MUITO OBRIGADA.

QUESTIONÁRIO SOBRE SAÚDE ORAL

AOS PAIS/RESPONSÁVEIS PELOS PACIENTES COM AUTISMO

POR FAVOR **RESPONDA ÀS PERGUNTAS** tendo em consideração que:

- Preencha o ESPAÇO ou COLOQUE UMA CRUZ NA RESPOSTA CORRETA.
- EXISTE SOMENTE UMA HIPÓTESE DE RESPOSTA, EXCEPTO QUANDO SE INDICA O CONTRÁRIO.
- **TODAS AS PERGUNTAS SÃO FEITAS EM RELAÇÃO AO PACIENTE COM AUTISMO**

-
1. Qual o grau de parentesco com o paciente com autismo?
☐ Mãe ☐ Pai ☐ Avó ☐ Avô ☐ Tio ☐ Tia
☐ Outro : _____
 2. Concelho de residência: _____
 3. Instituição que frequenta: _____
 4. O seu filho/educando:
☐ Vive consigo
☐ É interno numa instituição
☐ Outro (especifique): _____
 5. Grau de dependência do seu filho/educando:
☐ Muito dependente
☐ Dependente
☐ Pouco dependente
☐ Nada dependente
 6. Idade do seu filho/educando:: _____ Anos
 7. Sexo do seu filho/educando::
☐ Feminino
☐ Masculino
 8. Como classifica a saúde oral do seu filho/educando?
☐ Muito boa
☐ Boa
☐ Razoável
☐ Má
 9. O seu filho/educando já foi alguma vez ao higienista?
☐ Sim
☐ Não

10. O seu filho/educando já foi alguma vez ao dentista?
- ☐ Sim
 - ☐ Não
11. Que idade tinha o seu filho/educando quando realizou a primeira visita ao higienista?
- ☐ Nunca
 - ☐ Até aos 3 anos de idade
 - ☐ Entre os 3 e 6 anos de idade
 - ☐ Depois dos 6 anos
 - ☐ Não me lembro
12. Que idade tinha o seu filho/educando quando realizou a primeira visita ao dentista ?
- ☐ Nunca
 - ☐ Até aos 3 anos de idade
 - ☐ Entre os 3 e 6 anos de idade
 - ☐ Depois dos 6 anos
 - ☐ Não me lembro
13. Qual a frequência de visita ao dentista ou higienista oral do seu filho/educando?
- ☐ Nunca
 - ☐ Regularmente mesmo sem queixas
 - ☐ Só quando existem queixas
14. Qual a RAZÃO PRINCIPAL da última visita ao dentista do seu filho/educando?
- ☐ Nunca foi ao Dentista
 - ☐ Dores de dente ou abcesso
 - ☐ Tratar um dente
 - ☐ Extrair um dente
 - ☐ Consulta anual de revisão
 - ☐ Limpeza
 - ☐ Selantes
 - ☐ Outra: qual? _____
15. Qual o comportamento no dentista?
- ☐ Colabora muito bem
 - ☐ Não colabora mas consegue fazer o tratamento
 - ☐ Não colabora e não consegue fazer o tratamento
 - ☐ A colaboração depende dos tratamentos
16. Já alguma vez foi necessário realizar sedação/anestesia geral do seu filho/educando para efetuar tratamentos dentários?
- ☐ Nunca
 - ☐ Sim, sedação consciente
 - ☐ Sim, anestesia geral
17. Sente dificuldades no acesso a uma consulta de medicina dentária para o seu filho/educando:?
- ☐ Não
 - ☐ Sim. Se “sim”, quais são as dificuldades sentidas?
 - ☐ Dificuldade em encontrar um profissional que realize consultas nestes pacientes
 - ☐ Ir ao Dentista é muito caro
 - ☐ Falta de tempo
 - ☐ Outra: _____
18. Já recebeu alguma informação sobre os cuidados de saúde oral a ter com do seu filho/educando:
- ☐ Não
 - ☐ Sim. Se “sim”, quem lhe deu essa informação? (PODE MARCAR MAIS DO QUE UMA HIPÓTESE DE RESPOSTA)

- ☐ Médico Assistente
 - ☐ Dentista
 - ☐ Higienista Oral
 - ☐ Escola/Instituição
 - ☐ Folheto informativo
 - ☐ Outro:
-

19. Qual a frequência de escovagem dos dentes do seu filho/educando?

- ☐ Não escova
- ☐ Raramente/às vezes
- ☐ Uma vez por dia
- ☐ Duas ou mais vezes por dia

20. Qual o momento do dia em que é realizada a escovagem do seu filho/educando? (PODE MARCAR MAIS DO QUE UMA HIPÓTESE DE RESPOSTA)

- ☐ Não escova
- ☐ De manhã, antes do pequeno almoço
- ☐ De manhã, depois do pequeno almoço
- ☐ Antes do almoço
- ☐ Depois do almoço
- ☐ Antes do jantar
- ☐ Depois do jantar
- ☐ Antes de ir dormir

21. Com que idade o seu filho/educando iniciou a escovagem dentária ?

- ☐ Quando começou a ter dentes
- ☐ No primeiro ano de idade
- ☐ Entre o primeiro e segundo anos de idade
- ☐ Entre os 2 e os 3 anos de idade
- ☐ Depois dos 3 anos de idade
- ☐ Não me lembro
- ☐ Não escova

22. O seu filho/educando usa regularmente fio dentário?

- ☐ Sim
- ☐ Não

23. O seu filho/educando tem ajuda para realizar a escovagem dentária?

- ☐ Nunca
- ☐ Só à noite
- ☐ Às vezes
- ☐ Sempre
- ☐ Não escova

24. Sente dificuldades em conseguir que o seu filho/educando realize a escovagem dentária?

- ☐ Sim
- ☐ Não

25. O seu filho/educando ingere alimentos/bebidas açucaradas?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Todos os dias

26. Qual o momento do dia em que são ingeridos alimentos/bebidas açucaradas pelo seu filho/educando? (PODE MARCAR MAIS DO QUE UMA HIPÓTESE DE RESPOSTA)

- ☐ Nunca

- ☐ Às refeições
- ☐ Entre as refeições
- ☐ Antes das refeições
- ☐ Antes de dormir
- ☐ Outra: _____

27. Que tipo de alimentos são ingeridos entre as principais refeições pelo seu filho/educando?

- ☐ Iogurtes ☐ Leite ☐ Sumos ☐ Bolos ☐ Bolachas
- ☐ Chocolates ☐ Rebuçados ☐ Gomas ☐ Fruta
- ☐ Outros: _____

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

Tânia Lourenço

Aluna de Mestrado Integrado de Medicina Dentária pela FMDUL

Apendice VI

Pedido de autorização à direção das instituições

Lisboa, (data)

À Direcção de (Nome da Instituição)

Exmos Senhores,

Sou aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL) e encontro-me a realizar a minha dissertação com o tema ***O Paciente com Autismo: A Abordagem na Consulta de Medicina Dentária e a Importância da prevenção em Saúde Oral***, sendo esta orientada pela Professora Doutora Sónia Mendes, docente da disciplina de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária da mesma faculdade.

Os pacientes com autismo apresentam características especiais que podem dificultar a realização dos cuidados diários de higiene oral e também das consultas de medicina dentária. Por esta razão, é importante ter um melhor conhecimento do tipo de dificuldade nestas rotinas e comportamentos de saúde oral, para prevenir as doenças da cavidade oral e também para dar uma resposta mais adequada relativamente aos tratamentos dentários destes pacientes. A minha dissertação tem como objetivo contribuir para esta temática, aplicando aos pais/educadores responsáveis de indivíduos autistas um questionário.

Com este objetivo, venho pedir permissão para aplicar o meu questionário aos pais/educadores responsáveis de indivíduos com autismo que frequentem a vossa instituição, num horário a combinar convosco posteriormente. O tempo de preenchimento do questionário é cerca de 5 minutos e este tem um carácter voluntário e totalmente anónimo.

Sem outro assunto despeço-me, aguardando a vossa resposta.

Com os melhores cumprimentos

Tania Lourenco
Aluna de Mestrado Integrado de Medicina Dentária da FMDUL

" contactos da aluna "

